

Aatu Joki, Vili Keskimaa & Mikko Uusitalo

HOITOTYÖN PROSESSIN NÄKYMINEN KIRJAAMISESSA
RAUMAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMIALAN OSASTOILLA
T1, T2 & T3

Hoitotyön koulutusohjelma
2018

HOITOTYÖN PROSESSIN NÄKYMINEN KIRJAAMISESSA RAUMAN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMIALAN OSASTOILLA T1, T2 & T3

Joki, Aatu, Keskimaa, Vili & Uusitalo, Mikko
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2018
Sivumäärä: 46
Liitteitä: 3

Asiasanat: hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, kansallinen kirjaamismalli

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida hoitotyön prosessin näkymistä kirjaamisessa hoitokertomuksissa Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastoilla T1, T2 ja T3. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia, miten FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja oli käytetty hoitokertomuksissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta ja löytää siitä kehittämiskohteita.

Tutkimusaineisto muodostui Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastojen T1, T2 ja T3 hoitokertomusten kopioista. Osastosihteerit keräsivät hoitokertomukset (N=90) talven ja kevään hoitajaksoista. Tutkimus oli kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimustulokset kuvattiin sanallisesti ja tuloksia havainnollistettiin taulukoiden ja kuvioiden avulla.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen toteutuu vaihtelevasti. Hoidon tarpeen, hoitotyön suunniteltujen toimintojen sekä hoitotyön toimintojen ja toteutuksien kirjaaminen toteutuu hyvin. Hoidon tavoitteiden ja hoidon tuloksien kirjaamisessa oli puutteita. FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja käytettiin laajasti ja suurimmaksi osaksi oikein.

Suurin kehittämiskohde osastoilla oli hoidon tuloksien kirjaaminen ja hoitotyön yhteenvetojen laatiminen. Hoidon tuloksia kirjattiin lähinnä vain hoitotyön yhteenvetoihin, mutta läheskään kaikkien potilaiden hoitajaksoista ei oltu tehty hoitotyön yhteenvetoa. Myös hoidon tavoitteiden kirjaamiseen ja FinCC-komponenttien käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Jatkotutkimuksena voitaisiin arvioida hoitotyön yhteenvetoja ja niiden sisältöjä sekä FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käyttöä kirjaamisen näkökulmasta. Kirjaamista voitaisiin tutkia myös hoitajien näkökulmasta.

THE VISIBILITY OF NURSING PROCESS IN DOCUMENTATION AT RAUMA HEALTH CENTER DEPARTMENTS T1, T2 AND T3

Joki, Aatu, Keskimaa, Vili & Uusitalo, Mikko

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

April 2018

Number of pages: 46

Appendices: 3

Keywords: nursing documentation, structured documentation, nursing process, national documentation template

The purpose of this thesis was to evaluate how the visibility of nursing process is shown in documentation at Rauma health wards T1, T2 and T3. In addition, the purpose was to assess how FinCC-system was used in care reports. The aim was to provide information of nursing documentation and to also find development areas from it.

The data consisted of care reports from Rauma health center wards T1, T2 and T3 (N=90). The care reports were collected during winter and summer treatment period by departmental secretary. Thesis was quantitative content and qualitative content. Thesis was carried by analysis method. The research was analyzed by analysis method and the results were presented verbally as well as charts and patterns.

Results of the study revealed, that the fulfillment of nursing process in documentation was varying. Documentation of nursing demands, nursing plans and nursing demands and execution was done correctly. Documentation of nursing objectives and the results was faulty. FinCC-components were used widely and mostly correctly.

Largest area of development in the wards was documentation of the results and composing of nursing summaries. Treatment results were mostly documented in the nursing summaries, but nursing summaries weren't made not even closely from all of the patients nursing periods. More attention should also be placed in the documentation of the patients nursing objectives and the usage of FinCC-components.

Further research could be about nursing summaries and their contents as well as usage of the FinCC-classification components in documentations viewpoint. Documentation could also be evaluated from the viewpoint of the nurses.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	6
2.1	Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	9
2.2	Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet	10
2.3	FinCC-luokitukset.....	12
3	HOITOTYÖN PROSESSI	13
3.1	Hoidon tarve.....	15
3.2	Hoidon tavoitteet.....	16
3.3	Hoitotyön suunnitellut toiminnot.....	17
3.4	Hoitotyön toiminnot ja toteutus	18
3.5	Hoidon tulokset.....	18
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISYMPÄRISTÖ	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
6.1	Tutkimusaineiston keruu.....	22
6.2	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi.....	23
7	TULOKSET	24
7.1	Hoitotyön prosessin vaiheet.....	24
7.1.1	Hoidon tarve	25
7.1.2	Hoidon tavoite	26
7.1.3	Hoitotyön suunnitellut toiminnot	27
7.1.4	Hoitotyön toiminnot ja toteutus.....	28
7.1.5	Hoidon tulokset	28
7.2	FinCC-komponenttien käyttö.....	29
8	POHDINTA.....	32
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu	32
8.2	Tutkimuksen eettiset näkökulmat	35
8.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	38
8.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	40
8.5	Tutkimus- ja opinnäytetyöprosessin arvioiminen.....	40
	LÄHTEET.....	43
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hoitotyön kirjaaminen liittyy päivittäisen hoitotyön prosessin eri vaiheiden kirjaamiseen. Potilaan hoidon kannalta tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot kirjattuna tukevat ja turvaavat potilaan hyvän hoidon jatkuvuutta. Kirjaaminen kattaa potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen kannalta tarpeelliset tiedot, sekä tietoturvallisen ja hyvän tietojenkäsittelytavan. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15-19.) Hoitotyön prosessi on kirjaamisen perusta, jonka avulla saadaan hoitotyölle tietty järjestys ja suunta. Prosessi toimii hoitajan työvälineenä ja menetelmänä, sekä auttaa hoitajaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 45-46.) Hoitotyön kirjaamiseen on kehitetty FinCC-luokitus, joka kuvaa hoitotyön tarvealueita niihin liittyvien toimintojen ja tulosten kautta. FinCC-luokitus tarjoaa yhtenäisen ammatillisen kielen, jossa hoitotyön käsitteet ovat selkeät ja yhtenäiset. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15-19.) Kirjaamista ohjaavat useat eri lait sekä ohjeistukset. Potilasasiakirjoja voidaan käyttää juridisesti todistena potilaan saamasta hoidosta. Niiden avulla voidaan todentaa, että työntekijän lailliset sekä eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet. (Saranto & Sonninen 2007, 15.)

Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen edellyttää henkilöstön riittävää osaamista, yhteisiä käytäntöjä ja organisaatiossa laadittuja tarvittavia työohjeita. Kirjaamisessa tulee näkyä hoidossa tehdyt päätökset, syyt päätöksien tekemiseen, miten ne on toteutettu ja mitkä vaikutukset päätöksillä on ollut. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen. 2018, 184). Hoitotyön kirjaaminen ja hoitotyön prosessi ovat laajalti tutkittuja aiheita, mutta aikaisempien tutkimuksien perusteella kyseisillä aihealueilla on edelleen ongelmia. Tämän takia hoitotyön prosessin näkyminen kirjaamisessa on relevantti aihe tutkia.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastojen T1, T2 ja T3 kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen näkymistä hoitokertomuksissa. Lisäksi tarkoituksena on tutkia, miten FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja on käytetty hoitokertomuksissa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta ja löytää siitä kehittämiskohteita.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan dokumentoitua tietoa, jolla pystytään todentamaan potilaalle annettu hoito ja todistamaan hoidon vaikuttavuutta. Kirjaamisen tulee aina olla lähtökohtaisesti asiakaskeskeistä ja potilaslähtöistä. Potilasasiakirjoihin kirjoittamista ja niiden säilyttämistä ohjaavat useat eri lait, ohjeistukset ja säännökset. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 45.) Hoitohenkilökuntaa ohjeistaa kirjaamisessa myös eettiset ohjeet. Hoitohenkilökunnan tulee miettiä, mitä potilasasiakirjoihin voi kirjoittaa ja mitä ei. (Hallila 2005, 23.)

Haapamäki ja Hyry (2015, 31, 35, 43) tutkivat opinnäytetyössään sairaanhoitajien kirjaamiskäytäntöjä, kokemuksia hoitotyön kirjaamisesta ja hoitotyön kirjaamisen ajankäyttöä. Tutkimustulokset kerättiin kyselylomakkeiden (N=16) ja seurantalomakkeiden (N=14) avulla. Opinnäytetyön tuloksissa todettiin, että kirjaaminen koettiin aikaa vieväksi, mutta kirjaamisella oli kuitenkin suuri vaikutus potilaiden ja hoitajien turvallisuuteen. Tuloksista ilmeni myös, että hoitotyön kirjaamisessa esiintyy paljon eroavaisuuksia ja sen yhtenäistämiseen tulisi panostaa enemmän hoitotyön kirjaamisen helpottamisen ja nopeuttamisen kannalta.

Kirjaamisen avulla pystytään luomaan kuva potilaan koko hoitojaksosta. Kirjaamista voivat toteuttaa kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Jokaisella ammattiryhmällä on oma tyyliensä kirjata, jolloin kirjaaminen muuttuu pirstaleiseksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että eri ammattiryhmät eivät hyödynnä riittävästi toistensa kirjauksia, jotka olisivat tärkeitä potilaan kokonaishoidon kannalta. Eri ammattiryhmät voivat tehdä myös päällekkäisiä kirjauksia samoista havainnoista, jolloin se on sekä ajan hukkaa että voi aiheuttaa tulkintaongelmia. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 72.)

Hoitotyön kirjaamisen systematisointi helpottaa hoitohenkilökunnan työskentelyä. Systematisoinnilla tarkoitetaan, että sovitaan yhdessä, mitä kirjataan ja miten kirjataan. Yhteinen tyyli kirjaamisessa helpottaa toisten hoitajien kirjausten tulkitsemista ja ymmärtämistä. (Saranto ym. 2008, 12.) Systemaattisen sähköisen kirjaamisen ja tie-

don varastoinnin avulla klinisen hoitotyön tutkiminen ja sille relevantin tiedon kehittäminen mahdollistuvat paremmin. Kun tieto on rakenteista ja ydintiedot ovat valtakunnallisesti yhtenäiset, syntyy yhtenäisesti määritellyt ja kerätyt hoitotyötä kuvaavia muuttujia sisältävät tietokannat. Sitä kautta pystytään arvioimaan ja osoittamaan hoidon tuloksellisuutta. Sähköisen kirjaamisen myötä myös tilastotietojen hakeminen tapahtuu turvallisesti suoraan potilastiedoista. (Saranto ym. 2008, 15)

Paavilaisen (2013, 36 & 37) opinnäytetyössä tutkittiin systemaattisen kirjaamisen laadua tarkastelemalla potilaan hoitokertomukseen tapahtuvaa kirjaamista. Hoitokertomuksia (N=160) tutkittiin vuosilta 2010 ja 2012. Kirjaamista tarkasteltiin sähköisen kirjaamisen perusteella neljästä hoitoyksiköstä. Paavilainen toteaa opinnäytetyön tuloksissaan, että potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen asettelun kirjaaminen oli ollut heikointa arvioinnin lisäksi. Opinnäytetyössä oli lisäksi todettu tarpeen ja tavoitteen välisen yhteyden heikentyneen vuoden 2010 tutkimusaineistosta vuoden 2012 tutkimusaineistoon.

Leskinen & Leskinen (2010, 13, 27) tekivät opinnäytetyön, jossa he tutkivat diabetespotilaan hoitotyön kirjaamista Pyhäjärven terveystieteiden keskuksen pitkäaikaishoidon osastolla. He toteuttivat opinnäytetyön tutkimalla potilasasiakirjoja (N=4). He havaitsivat, että dokumentointi ei ollut yhtenäistä hoitajien erilaisten kirjaustyylien vuoksi. Lisäksi prosessi ei esiintynyt kirjauksissa. Kirjauksissa ydintiedot vaihtelivat tai olivat puutteellisia ja tavoitteita ei ollut ollenkaan.

Suomessa on ollut jo pitkään tavoitteena saada yhtenäinen valtakunnallinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen hoitokertomus. Hoitokertomukseen kirjataan potilaan hoidon kannalta tärkeät tiedot hoidollisen päätöksenteon mukaisesti. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 45.) Päätöksentekoon ja toiminnan suunnitteluun sisältyy arviointia, vaihtoehtoisten toimintamallien luomista, valintaa ja seuranta. Potilaan hoidon suunnittelu ja toteuttaminen ovat jatkuvaa päätöksentekoa. Tehokas tiedon hyödyntäminen päätöksenteossa edellyttää toimintatapaa, jossa kaikki tieto saadaan käyttöön. (Helo-vuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen. 2011, 200.)

Hoitokertomus on sähköisen kirjaamisen muodostama kokonaisuus. Hoitokertomukseen kirjataan päivittäin hoidon toteutumisesta ja potilaan voinnista. (Saranto ym.

2008, 77.) Säästösten, eli lakien ja asetusten mukaan hoitokertomukseen tulee merkitä potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Lisäksi hoitokertomus tulee laatia siten, että siitä saa selkeän käsityksen potilaan hoidon toteutuksesta. Sähköisen hoitokertomuksen tarkoituksena on tukea potilaan hyvää hoitoa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15.) Hoitokertomuksessa ydintietoja ovat: potilaan tunnistetiedot, hoidon antajan tunnistetiedot, hoitojakson ja tapahtuman tunnistetiedot, ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyön ydintiedot, toimintakyky, lääkehoito, tutkimukset, toimenpiteet, apuvälineet, elinluovutustestamentti, hoitoahto, suostumus, hoitotyön yhteenveto, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot ja lausunnot. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 45.)

Akhu-Zaheya, Al-Maaitah & Hani (2017, 578-579) tutkivat paperille kirjaamisen ja sähköisen kirjaamisen eroja kahdelta sairaalalta saaduista 434 dokumentaatiosta. Tutkimuksessa vertailtiin kolmea kriteeriä, jotka olivat sisältö, kirjaamisprosessi ja rakenne. Tuloksina todettiin, että sähköinen kirjaaminen oli laadukkaampaa kirjaamisprosessin ja rakenteen kannalta kuin paperille kirjaaminen. Tutkimuksessa todettiin myös, että kirjauksien laatu ja hoitotyön prosessin näkyminen kirjauksissa oli heikkoa sähköisessä kirjaamisessa sekä paperille kirjaamisessa.

Hoitotyön yhteenveto sisältää tietoa potilaan koko hoitojaksosta. Yhteenveto kirjoitetaan hoitojakson lopussa. Se sisältää hoitodiagnoosin, tietoa potilaan hoidon tarpeesta, toteutuneista ja toteutumattomista tuloksista ja tavoitteista sekä hoidon toteutuksesta. Hoitotyön yhteenveto on vapaasti kirjoitettava lyhyt teksti, jonka sisällöstä ja rakenteesta ei ole yhteistä näkemystä. (Saranto ym. 2008, 78.)

Vartiainen (2012, 32-35) teki opinnäytetyön, jossa hän tutki hoitotyön yhteenvetoja (N=20). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin teho-osastolla. Tutkimustuloksista ilmeni, että suurimmassa osassa yhteenvedoista oli näkyvissä hoitotyön prosessi hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista ja arvioinnista. Yhdessäkään yhteenvedossa ei oltu käytetty suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen komponentteja. Yhteenvedoissa vapaa teksti oli epäselvää runsaiden lyhenteiden ja epäloogisten lauseiden vuoksi. Lähes jokaisessa yhteenvedossa oli kerrottu hoitotyön toiminnoista ja arvioinnista, mutta yhdessäkään yhteenvedossa ei ollut potilaan hoitoisuusluokkaa. Hoidon

tuloksia oli arvioitu vain sanallisesti eikä oltu käytetty rakenteisen kirjaamisen arviointia (parantunut, ennallaan, huonontunut). Jokaiseen yhteenvetoon oli tehty merkintä jatkohoidosta, mutta jatkohoitopaikkaa ja jatkohoitoon siirtymisen syytä ei ollut kirjattu ollenkaan. Yhteenveto oli tehty jokaisesta potilaasta, mutta niiden sisältö ja rakenne vaihtelivat paljon.

2.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan tiedon yhtenäistämistä. Rakenteinen kirjaaminen ohjaa, miten tiedot kirjataan ja mitä termistöä käytetään. Tekstin rakenteistaminen helpottaa tiedon löytymistä ja tiedon siirtämistä organisaatiosta toiseen. (Mäkelä 2006, 69-71.) Rakenteisen kirjaamisen tarkoituksena on helpottaa potilastietojen dokumentointia sekä hoidon laadun seuranta. Suurin hyöty rakenteisessa kirjaamisessa on se, että tieto tarvitsee dokumentoida vain kerran ja yhteen paikkaan, jonka jälkeen ne ovat aina löydettävissä. Rakenteisen kirjaamisen avulla potilasturvallisuus ja tiedon laatu paranevat. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 15.)

Rakenteisen kirjaamisen avulla potilaan hoidon laatu paranee ja samalla kirjaamisessa tulee noudatettua hoitotyön prosessia ja hoitosuosituksia. Lisäksi sen avulla potilaan tiedot ovat aiempaa laadukkaampia ja paremmin saatavilla. Ajantasaisen tiedon helpon saatavuuden vuoksi potilasturvallisuus paranee. Sähköisessä muodossa olevat potilastiedot parantavat lisäksi potilaan oikeusturvaa, koska tietojen käyttöä voidaan seurata paremmin. (Virkkunen ym. 2015, 16.)

Organisaatiotasolla rakenteista kirjaamista voidaan hyödyntää palveluiden laadun seurannassa ja arvioinnissa. Kun kirjaukset ovat yhtenäisiä, kirjauksien määrän lisääntyessä tarvittavan tiedon laatu on parempaa. Rakenteista tietoa on helpompi hyödyntää esimerkiksi kliinisessä tutkimuksessa, erilaisessa päätöksenteossa, laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa. Lisäksi rakenteinen tieto voidaan liittää sähköiseen potilaskertomukseen esimerkiksi hoito-ohjeita tarjoavan ja mahdollisista virhe- ja vaaratilanteista varoittavan päätöksenteon tueksi. (Virkkunen ym. 2015, 15.)

Hyppönen, Vuokko, Doupi & Mäkelä-Bengs (2014, 121) ovat kirjoittaneet Rakenteinen potilaskertomus 2010 -hankkeen raportin, jonka terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) käynnisti. Alustavia tuloksia tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisille, tutkijoille ja tilastoasiantuntijoille järjestetyssä seminaarissa 27.11.2013. Seminaarissa kerrottiin tuloksista ja käytiin lävitse kertomusrakenteiden kehittämisen ja käyttöön liittyvistä kokemuksista. Rakenteisen kirjaamisen hyödyiksi mainittiin tarkastuslistat sekä päätöksenteon tuki ja tiedonhaku, joita on toteutettu potilaskertomusjärjestelmiin alueellisesti ja paikallisesti. Seminaariin osallistujat totesivat myös, että rakenteisen kirjaamisen ongelmiksi koettiin terminologinen epäyhtenäisyys, erilaiset toteutukset eri järjestelmissä, potilaan kokonaiskuvan pirstaloituminen ja tiedon vaikea löydettävyyys, jos rakenteistettu tieto on jätetty kirjaamatta.

2.2 Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat useat lait, joiden mukaan kirjaamisen tulee toteutua. Näitä ovat muun muassa: henkilötietolaki (STM1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (STM1992), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (STM 2007, päivitys 2010), terveydenhuoltolaki (STM 2011), sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista (STM2009) ja asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (STM 2011). (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 45.) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksen (298/2009) mukaan potilasasiakirjoiksi luetaan potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot ja asiakirjat, kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot ja siihen liittyvät asiakirjat sekä muut asiakirjat ja muut tiedot, joita potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä on syntynyt (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 2§ 1 mom.).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (690/2012) määrää, että potilasasiakirjoihin on merkittävä tarpeelliset tiedot potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Terveydenhuollon toimintayksikön sekä itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjoja se aika, jonka potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttaminen, hoitoon liittyvät mahdolliset korvausvaatimukset sekä tieteelliset tutkimukset edellyttävät. Asiakirjat

tulee hävittää välittömästi, kun niiden säilyttämiselle ei ole enää perusteita. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 653/2000 12§ 1 mom.)

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) säädetään, että asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys sekä asiakastietojen tulee säilyä koko niiden säilytysajan muuttumattomina ja eheinä. Sähköisestä potilasasiakirjasta tulee olla vain yksi alkuperäinen kappale, joka on yksilöity tunnisteella. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 4§.)

Potilasta hoitava terveydenhuollon toimintayksikkö saa käyttää potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa samassa potilasrekisterissä olevia toisen hoitoyksikön tietoja potilaasta, eikä se vaadi siihen potilaan nimenomaista suostumusta. Potilaalla on kuitenkin oikeus kieltää käyttämästä tietoja toisesta toimintayksiköstä. Potilas voi tehdä kiellon ja peruuttaa sen milloin tahansa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2012 9§ 2 mom.)

Euroopan unionin yleinen tietosuoja-asetus on tullut voimaan 24.5.2016 ja sen soveltaminen alkaa 25.5.2018. Uudistuksen myötä henkilötietojen käsittelyn on oltava tietosuoja-asetuksen mukaista. Asetuksella luodaan kansalaisille uusia oikeuksia ja rekisterinpitäjille sekä henkilötietoja käsitteleville uusia velvollisuuksia. Tietosuoja-asetuksen tarkoituksena on ajantasaistaa henkilötietojen tietosuojaa koskevaa säätelystä teknologian kehityksen, digitalisaation ja globalisaation tuomien haasteiden takia. Asetuksessa on säädetty tiukemmat seuraamukset henkilötietolain asetusten vastaisesta henkilötietojen käsittelystä. Asetuksen avulla pyritään saamaan henkilötietojen käsittelyyn lisää avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Se myös lisää rekisteröidyn oikeuksia valvoa omien henkilötietojensa käsittelyä. (Talus, Autio, Hänninen, Pihamaa & Kantonen 2017, 9-12.)

2.3 FinCC-luokitukset

FinCC (Finnish Care Classification) on kansallinen hoitotyön kirjaamismalli, joka pohjautuu Virginia Saban kehittämään kirjaamismalliin. Sen tarkoitus on auttaa hoitajaa kirjaamaan potilaan hoitotyötä koskevia asioita hoitotyön prosessin mukaisesti. FinCC ja hoitotyön prosessimalli muodostavat yhdessä yhtenäisen tavan kirjata potilaan hoitoon liittyvät keskeiset asiat rakenteisesti. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 3, 21.) Yhtenäinen kirjaamismalli mahdollistaa hoitotyön avaintietojen tallentamisen Kansalliseen terveystietokantaan (Kanta), josta sitä voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä ja tutkimuksessa (Liljamo ym. 2012, 31).

FinCC-luokitusjärjestelmää käyttäen hoitotyössä tapahtuvan ydintietojen kirjaamisen sisältö ja rakenne on mahdollista standardoida, eli vakioida kirjaamiskäytäntöjä. Kun hoitotyön kirjaaminen tapahtuu kaikkialla yhdenmukaisella tavalla ja sovitulla terministöllä, kirjatuista asioista muodostuu yhtenäiset ja vertailukelpoiset tietokannat eri hoitoyksiköihin ja organisaatioihin. Yhtenäisellä kirjaamisella voidaan taata potilaan hoidon jatkuvuus, kun hoito ja hoitovastuu siirretään seuraavan hoitopaikan vastuulle. (Liljamo ym. 2012, 14, 55.)

FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). SHTaL:in ja SHToL:in hierarkkinen rakenne on yhtenäinen. Molemmat koostuvat 17:stä komponentista, eli hoitotyön sisältöalueesta (Liite 1), jotka jakaantuvat pää- ja alaluokkatasoihin. Näitä komponentteja käyttäen hoitotyön kirjaaminen selkeytyy ja tarvittavat asiat kirjaamiseen löytyvät helposti. (Liljamo ym. 2012, 3, 10.) Tuloluokitus on kolmiportainen: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Luokitusten lisäksi potilaskertomus saadaan potilaan näköiseksi kirjoittamalla vapaata, narratiivista tekstiä. Tarpeen varmuus voidaan vielä erikseen määritellä kolmella eri varmuusasteella: varma VAR, todennäköinen TOD ja epäily EP. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15.)

Kinnunen, Junttila, Liljamo, Sonninen, Härkönen & Ensio (2014, 196-201) tutkivat 37:stä eri organisaatiosta saatua palautetta FinCC-luokituksesta. Positiivisia vaikutuksia ja näkökulmia löydettiin 86% (n=32) palautteesta. Hoitotyön strukturoidun dokumentaation positiiviset vaikutukset voitiin luokitella viiteen kategoriaan: 1) vaikutukset potilaan hoitoon, 2) vaikutukset potilaan hoitoprosessiin, 3) vaikutukset päätöksentekoon, 4) löydökset luokituksen tietopohjasta ja 5) yleiset huomautukset. FinCC-luokituksen avulla saatiin dokumenteista potilaslähtöisiä, tarkkoja, standardoituja, informatiivisia ja yleistettäviä. Potilaan dokumentoinnin todettiin myös olevan laadukkaampaa, koska kirjattiin vain tärkeimmät asiat hoidon kannalta. Lisäksi dokumentaatio paransi hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. Tutkimuksessa ilmeni myös, että hoidon kulun tutkiminen päätöksentekoprosessin mukaisesti koettiin tärkeänä potilaan kannalta. Monissa palautteissa pidettiin tärkeänä FinCC-luokituksen pohjautumista kansainväliseen kirjaamismalliin.

3 HOITOTYÖN PROSESSI

Hoitotyön prosessin tarkoituksena on ohjata hoitajan ajattelua ja luoda hoitotilanteelle johdonmukaisesti etenevä rakenne. Hoitotyön prosessilla tarkoitetaan luonteenomaista yksilön, perheen tai yhteisön terveyteen kohdistuvaa päätöksentekoa sekä tapahtumasarjaa, jonka avulla tuloksena saadaan haluttu tulos. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2017, 25.) Prosessi on ammatillisen käytännön ydin ja työväline, joka tarjoaa keinot hoitajien tekemän hoitotyön laadun arviointiin sekä selventää vastuuta potilaasta ja hänen hoidostaan. Prosessin vaiheisiin ja seuraavien vaiheiden valintaan, suoritukseen ja mahdollisesti jopa prosessin keskeyttämiseen liittyy eri vaiheiden päätökset. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 47.) Hoitotyön prosessi koostuu hoidon tarpeen määrittämisestä, hoidon tavoitteista, hoitotyön suunnittelusta, hoitotyön toteutuksesta ja hoidon arvioinnista. Näitä kohtia noudattamalla hoitotyöstä saadaan suunniteltua ja potilaalle pystytään tarjoamaan paras mahdollinen hoito. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15.)

Mäkitalo & Tiihonen (2010, 30) sekä Ihalainen-Suonio, Lajunen & Rantamäki-Varonen (2010, 24) tutkivat opinnäytetöissään hoitajien näkökulmaa rakenteisen kirjaamisen päätöksenteon mukaisesta prosessimallista. Tutkimus suoritettiin laadullisesti teemahaastatteluina (N=6). Tutkimustulosten mukaan rakenteisen kirjaamisen avulla tekstistä tulee helpommin tulkittavaa ja tiedon löytyminen on nopeampaa. Mäkitalon ja Tiihosen (2010, 32, 37) opinnäytetyössä nousi esille, että kirjaamiseen kuluva aika koettiin haasteena. Havaintona oli myös, että prosessimalli ei näkynyt juurikaan kirjauksissa. Eniten puutteita prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa oli hoidon arvioinnissa ja hoitotyön diagnoosin määrittämisessä.

Heinonen, Hukkanen ja Hussi (2010 37, 41) tutkivat rakenteisen kirjaamisen näkymistä Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoiden hoitokertomuksissa (N=40). He totesivat, että prosessin vaiheet eivät näkyneet kirjauksissa ja kirjaaminen oli puutteellista. Tuloksista ilmeni, että poliklinikoilla hoidon tavoitteet, päivittäiset kirjaukset, hoitosuunnitelma ja loppuarviointi jäivät kirjaamatta. Raportissa pohdittiin, että prosessin vaiheiden puuttuminen saattoi johtua siitä, etteivät Turun sosiaali- ja terveystoimialan poliklinikat olleet siirtyneet rakenteisen kirjaamisen malliin heidän tutkimuksensa aikana. Poliklinikoiden yksittäisillä ja lyhyillä käyntikerroilla pohdittiin olevan myös osansa prosessivaiheiden puuttumiselle. Tämän lisäksi kirjausten analysointi oli ollut haasteellista, koska kirjaukset olivat lyhyitä.

Hoitotyön suunnitelma laaditaan hoitotyön prosessimenetelmällä, mikä toimii suunnittelun jäsentäjänä käytännön hoitotyössä. Hoitotyön prosessi etenee jatkuvasti muuttuen. Kun hoitaja saa uutta tietoa potilaasta ja hänen tilanteestaan, johtaa tämä uuteen potilaan tarpeiden määrittämiseen ja hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Anttila ym. 2017, 25.) Hoitotyön prosessi suunnitellaan potilaan näkökulmasta ja hoitotapahtuman aikana syntyvän informaation tulee olla jaettavissa muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Hoitotyön prosessi koostuu fyysisten tarpeiden vastaamisen lisäksi myös sosiaalisista ja emotionaalisista tarpeista. Hoitotyön prosessi on syklinen ja dynaaminen. Se voi päättyä missä tahansa vaiheessa, jos ongelmaan löydetään ratkaisu. Ratkaisun löydyttyä tulee tehdä arviointi potilaan hoidosta. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 46-47.)

Valleniuksen opinnäytetyössä (2012, 20-27) tutkittiin rakenteista kirjaamista ja sitä, kuinka hoitoprosessin eri vaiheet näkyvät kirjaamisessa. Opinnäytetyön tutkimusaineisto koostui 15 potilasasiakirjasta, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että hoitoprosessin vaiheiden näkyminen kirjaamisessa oli vaihtelevaa. Hoidon tavoite ja arvio jäivät usein kirjaamatta, hoitosuunnitelmissa oli puutteita ja rakenteisen sekä yhtenäisen kirjaamisen osaaminen oli hoitajien keskuudessa heikkoa. Samankaltaisen opinnäytetyön on tehnyt Mattila (2012, 36-40). Hänen opinnäytetyössään arvioitiin hoitotyön prosessin näkymistä kirjaamisessa ja FinCC-komponenttien käyttöä Rauman terveyskeskussairaalan osastoilla 13 ja 14. Tutkimusaineisto koostui yhteensä 31 hoitokertomuksen kopiosta. Tutkimustuloksista kehittämiskohteiksi nousivat hoidon suunnittelu ja hoidon arviointi, hoitotyön yhteenvetojen tekeminen ja sisällöt, sekä FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käyttö. Opinnäytetyössä todettiin, että hoitotyön suunnitelmat olivat liian suppeita ja niitä tehtiin vähän, yhteenvetojen sisällöt olivat vaihtelevia ja FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja käytettiin jonkin verran väärin.

3.1 Hoidon tarve

Hoidon tarve sisältää hoitohenkilökunnan laatiman kuvauksen potilaan tarpeista, jotka voivat olla jo olemassa olevia tai tulevia ja niitä pyritään hoitotyön toimintojen avulla lievittämään tai poistamaan. Tarpeen määrittämisessä olennaista on kerätä potilaasta perustietoja haastattelujen, mittauksien ja havainnoinnin avulla. Hoidon kannalta merkitsevät tiedot kirjataan hoitokertomukseen suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL:n mukaisesti. Potilaan hoidon tarve tulisi kirjata yksilöllisesti (Iivanainen & Syväoja 2016, 16.) Tarpeen määrittämisessä ovat mukana kaikki ne terveydenhuollon ammattihenkilöt, joiden tietämystä potilaan hoidossa tarvitaan (Rautava-Nurmi ym. 2015, 47).

Potilaan tarpeet ovat joko aktuaalisia eli jo olemassa olevia, havaittavia ja/tai mitattavia tai potentiaalisia eli mahdollisesti potilaan tavoiteltavaa terveydentilaa uhkaavia. Jotta ne voidaan ennaltaehkäistä, hoitajan tulee tunnistaa ne. Potilaan tarpeet voivat olla myös subjektiivisia eli potilaan henkilökohtainen kokemus omasta terveydentilastaan tai objektiivisia eli hoitajan havaitsemia asioita. Lisäksi potilaan tarpeet voivat

olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Fyysisiä tarpeita ovat esimerkiksi päänsärky, yskä, rytmihäiriöt tai aliravitsemus. Psyykkisenä tarpeena voi olla esimerkiksi pelkofilat ja sosiaalisena tarpeena yksinäisyys. Fyysiset tarpeet ovat usein helpommin tunnistettavissa kuin psyykkiset. (Iivanainen & Syväoja 2016, 16; Rautava-Nurmi ym 2015, 48.)

Tarkoituksena ei ole kirjata kaikkia potilaan tarpeita vaan ainoastaan ne, jotka ovat potilaan voinnin kannalta oleelliset. Lisäksi potilaan voimavaroihin ja hänen omiin näkemyksiinsä omasta voinnistaan tulee kiinnittää huomiota tarpeita määritettäessä. Jotta potilas tuntisi, että häntä on aidosti kuunneltu, on hyvä käyttää myös potilaan omia sanoja kuvattaessa hänen tarpeitaan. (Anttila ym. 2017, 28.)

3.2 Hoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteet suunnitellaan potilaan hoidon tarpeiden mukaan ja niiden avulla pyritään poistamaan tai lievittämään jo tunnistettuja tarpeita sekä ilmaisemaan, mihin hoitotyöllä pyritään. Tavoitteita laadittaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että niiden tulisi olla potilaslähtöisiä ja niillä kuvataan täsmällisesti potilaan selviytymistä. Tavoitteen tulisi alkaa potilaan toimintaa kuvaavalla verbillä ja sen tulisi olla realistinen. Kirjallisesti muotoillut tavoitteet ohjaavat hoitajan ajattelua ja toimintaa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16-17.)

Tavoitteen asettelussa tärkeintä on se, mitä potilas itse kokee haluavansa. Jos on mahdollista potilaan kunnan puolesta, tulee potilaan olla tietoinen kaikista hänen hoitoaan ohjaavista tavoitteista ja hyväksyä ne. Hoitotyön lähtökohtana pidetään asiakkaan itsensä ilmaisemaa tavoitetta ja siihen pyritään yhdessä hänen kanssaan. (Anttila ym. 2017, 30.)

Potilaan hoidolle voidaan määrittää kokonaistavoite sekä välitavoitteita. Kokonaistavoite pyritään asettamaan heti hoidon alussa ja sillä ilmaistaan lopullista tilaa, johon potilaan hoidossa pyritään. Välitavoitteita voidaan asettaa yksi tai useampia, joita käytetään, kun pyritään koko hoitojaksoa koskevaan tavoitteeseen. Niiden avulla potilaan

tilan muutokset ovat helpommin havaittavissa ja mitattavissa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 16-17.)

3.3 Hoitotyön suunnitellut toiminnot

Suunnitellut toiminnot valitaan tavoitteiden mukaisesti. Hoitotyön toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan hoitotyön periaatteita ja näyttöön perustuvaa tietoa mukaillen. Toimintojen valintaan vaikuttavat muun muassa potilaan tilanne, käytettävissä olevan ammattihenkilöstön määrä sekä käytössä olevat hoitovälineet. Hoitotyön toimintoja suunniteltaessa otetaan huomioon myös potilaan omat toiveet hänen hoitonsa suhteen. (Iivanainen & Syväoja 2016, 17.)

Hoitotyön prosessi etenee loogisesti kohti tavoitteita, kun moniammatillinen tiimi toteuttaa hoitotyötä suunniteltujen toimintojen mukaisesti. Jokainen tietää, mitä pitää tehdä ja millä aikataululla sekä samalla tiedostaa, miten heidän toimintansa vaikuttavat muiden tekemiseen ja potilaan hoitotyön prosessin etenemiseen. Potilaan hoidon koordinoiminen ja muiden alojen tietojen kokoaminen hoitotyön näkökulmasta on sairaanhoitajan yksi ydintehtävistä. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 9.)

Hoitotyön suunnitellut toiminnot ovat keinoja, joiden avulla autetaan potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa kanssa tai auttamaan häntä kuoleman lähestyessä. Auttamismenetelmien valintaan vaikuttavat potilaan terveydentila, toimintakyky, arvot, elämäntilanne ja elinympäristö. Konkreettiset auttamismenetelmät, kuten esimerkiksi potilaan sydämen sykkeen mittaaminen ovat helpommin kirjattavissa kuin jotkin vaikeasti ilmaistavat asiat, esimerkiksi potilaan kanssa keskusteleminen. Tavoitteet ohjaavat auttamismenetelmien valintaa. Hoitajan on siis otettava huomioon potilaan omat toiveet hänen hoitoonsa liittyen. Auttamismenetelmien valinnassa huomioon otettavia asioita ovat myös hoitotyön periaatteet sekä potilaan itsehoitovalmiudet. Itsehoitovalmiuksilla tarkoitetaan potilaan omaa kykyä hoitaa itseään. Lisäksi hoitohenkilökunnan määrä ja hoitovälineistö vaikuttavat auttamismenetelmien valintaan. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 49.)

3.4 Hoitotyön toiminnot ja toteutus

Hoitotyön toiminnot ja toteutus sisältävät suunnitellut toiminnot ja niiden toteutuksen käytännössä. Hoitotyön toiminnoissa korostuvat tieto ja kädentaitojen hallinta. Toiminnot ovat joko lääkärin määräämiä tai hoitajan omaan asiantuntemukseen perustuvia, kuten kestopatentin laittaminen, verivalmisteiden antaminen tai lääkkeiden jako dosettiin. Hoidon toteutusta kirjattaessa otetaan huomioon, miten suunnitellut toiminnot toteutuivat ja tapahtuiko potilaan hoidossa jotakin muuta oleellista. Toteutettu toiminto kuvataan yksityiskohtaisesti ja sen kirjauksen tulisi tapahtua menneessä muodossa, sillä kirjattaessa toiminto on jo tehty potilaalle. Kirjauksiin voidaan liittää vapaata tekstiä, jolla kuvataan potilaan omia kokemuksia tai ajatuksia hoitoon liittyen. (Iivanainen & Syväoja 2016, 17.)

Potilaan tilanteen kirjaamiseen vaikuttavat hoitajan taito huomata ja poimia potilaan kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta oleelliset asiat hoidon etenemisen kannalta. Pohjana moniammatillisen hoidon toteuttamiselle toimii se, mitä ja millaisia tietoja hoitaja kirjaa sekä huomioi potilaan tilanteesta. (Ahonen ym. 2007, 9.)

3.5 Hoidon tulokset

Viimeinen vaihe hoitotyön prosessissa on hoidon tuloksien arviointi (Ahonen ym. 2007, 9). Hoidon tuloksia kirjattaessa arvioidaan, miten potilaan hoidon tarpeeseen on pystytty vastamaan, saavutettiin hoidolle asetetut tavoitteet, mitä muita muutoksia potilaan tilassa on hoidon aikana tapahtunut sekä potilaan omat kokemukset saamastaan hoidosta. Hoidon arvioinnissa käytetään Suomalaisen hoidon tulosluokitusta (SHTuL), jonka avulla voidaan arvioida, onko potilaan tila ennallaan, parantunut vai huonontunut. (Iivanainen & Syväoja 2016, 18.)

Tavoitteita arvioitaessa pohditaan, oliko tavoitteet asetettu liian matalalle tai korkealle vai olivatko ne sopivat ja realistiset. Arvioinnissa ilmenneiden vastausten perusteella etsitään tarvittaessa uusia tarpeita sekä laaditaan tavoitteita ja toimintoja. Potilaan tarve määritetään uudelleen arvioinnin avulla ja prosessi jatkuu niin kauan kunnes

kaikki potilaalle asetetut tavoitteet ovat saavutettu. Lisäksi arviointia on hyvä suorittaa potilaan omien kokemusten avulla. (Iivanainen & Syväoja 2016, 18.)

Arviointia on hyvä tehdä nopeasti muuttuvissa tilanteissa lyhyin väliajoin, kun taas pitkäaikaispotilaan kohdalla arviointia voi suorittaa viikon tai kuukauden välein. Hoitaja kerää potilaan tavoitteisiin liittyvää tietoa helpottamaan arviointia. Tiedon kerääminen tapahtuu havainnoimalla, mittaamalla sekä kyselemällä. Kerättyä tietoa verrataan potilaan tavoitteisiin ja tehdään johtopäätökset potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista. (Iivanainen & Syväoja 2016, 18.)

Hoitojakson päättyessä kirjoitetaan hoitotyön yhteenveto. Siinä arvioidaan ja verrataan potilaan silloista tilaa tulovaiheessa olleeseen tilaan. Yhteenvetoon kirjoitetaan hoito, jota potilaalle on annettu sekä hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 49.)

Kuusiston (2018, 78, 80) väitöskirjassa tutkittiin, miten erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyvien potilaiden hoidon jatkuvuus toimii hoitotyön sähköistä yhteenvetoa käytettäessä. Poikkileikkaustutkimus sisälsi haastattelututkimuksen HOIY:n käytöstä vuodelta 2006 (N=22), kyselyn HOIY:stä vuodelta 2012 (N=180) ja kartoittavan kirjallisuuskatsauksen vuosilta 2005-2017 (N=133). Väitöskirjan mukaan sähköinen hoitotyön yhteenveto koettiin myönteiseksi työvälineeksi, mutta tiedollinen jatkuvuus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä toteutui huonosti. Väitöskirjassa kävi ilmi, että potilaan vastaanottava organisaatio oli huonosti perillä potilasta koskevista tiedoista, kun taas hallinnollinen jatkuvuus toteutui melko hyvin. Hoitotyön yhteenvetoja vastaanottaneet organisaatiot kokivat tiedonsiirron olevan nopeampaa ja luotettavampaa sekä yhteistyön olleen sujuvampaa kuin ne, jotka eivät vastaanottaneet yhteenvetoja. Väitöskirjan tuloksista kävi ilmi, että hoidon tuloksia ei ilmennyt tehdyistä hoitotyön yhteenvedoista.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISYMPÄRISTÖ

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Rauman sosiaali- ja terveystoimialan kolmelta eri osastolta. Osastot ovat T1, T2 ja T3, jotka tarjoavat perusterveydenhuoltotasosta sairaalahoitoa. Osasto T1 toimii yleislääketieteen osastona. Osastolla hoidetaan kaikenikäisiä aikuisia potilaita, joilla on lääketieteellinen potilaan yksilöllinen hoidon tarve sairaalahoitoon. Potilaiden hoitoon kuuluvat ohjaus, tukeminen, kuntoutus, selviäminen ja toipuminen sekä lääketieteellisin, että hoitotyön keinoin sairauden aiheuttamasta voimavarojen heikentymisestä. Potilaiden hoitoajat pyritään pitää lyhyinä, jotta ehkäistään pitkällisen laitoshoidon aiheuttamat haitat. (Rauman kaupungin www-sivut 2018.) Osastolla T1 potilaspaikkoja on 20 kappaletta ja keskimääräinen hoitoaika on ollut tammi-, helmi- ja maaliskuun 2018 aikana noin 15 päivää (Lehtimäki henkilökohtainen tiedonanto 12.4.2018).

Osasto T2 toimii kuntoutusosastona. Osastolla toimivat samat arvot ja toimintaperiaatteet kuin yleislääketieteen osastolla T1. Potilaiden hoitoajat pyritään pitämään lyhyinä. Heille on tarjolla lääketieteen ja hoitotyön keinoja selviämiseen ja toipumiseen sairauden aiheuttamasta voimavarojen heikentymisestä. (Rauman kaupungin www-sivut 2018.) Osastolla T2 potilaspaikkoja on 23 kappaletta ja keskimääräinen hoitoaika on ollut tammi-, helmi- ja maaliskuun 2018 aikana noin 22 päivää (Lehtimäki henkilökohtainen tiedonanto 12.4.2018).

Osasto T3 jakautuu kahteen eri kerrokseen. Osaston ensimmäisessä kerroksessa on 27 potilaspaikkaa, jossa hoidetaan tarkkailu-, sisätauti- ja yleislääketieteen potilaita. Kerroksessa hoidetaan ja tutkitaan erilaisia tulehdus-, sydän-, ja verenkiertoelinten sekä vatsaelinten sairauksia ja siellä on mahdollista tarkkailla kahdeksan potilaan sydämen-rytmiä rytmin seurantalaitteilla. Osaston T3 toisessa kerroksessa potilaspaikkoja on 20 ja siellä hoidetaan sekä tutkitaan kirurgian ja yleislääketieteen potilaita. (Rauman kaupungin www-sivut 2018.) Keskimääräinen hoitoaika tammi-, helmi- ja maaliskuun 2018 aikana osastolla T3 on ollut noin 6 päivää (Lehtimäki henkilökohtainen tiedonanto 12.4.2018).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, miten hoitotyön prosessi näkyy kirjaamisessa Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastoilla T1, T2 ja T3. Tämän lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja on käytetty kirjaamisessa. Tavoitteena on tuottaa osastoille tietoa kirjaamisen nykytilasta sekä löytää siitä kehittämiskohteita. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitotyön prosessi näkyy Rauman aluesairaalan terveyskeskusosastoiden kirjaamisessa?
 - 1.1 Onko kirjattu hoidon tarve?
 - 1.2 Onko kirjattu hoidon tavoitteet?
 - 1.3 Onko kirjattu hoitotyön suunnitellut toiminnot?
 - 1.4 Onko kirjattu hoitotyön toiminnot ja toteutus?
 - 1.5 Onko kirjattu hoidon arviointi?
2. Miten kirjauksessa on käytetty FinCC-luokitusten mukaisia komponentteja?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli määrällinen. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu muuttuja-ajattelulle. Muuttuja-ajattelussa tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.) Kvantitatiivinen tutkimus tuo tutkimukseen laajuutta, kun taas kvalitatiivinen tuo syvyyttä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kerätään määrällistä tietoa ja kvalitatiivisen tutkimuksen avulla tutkimustiedon ymmärrys lisääntyy. (Kananen 2014, 142-143.)

Laadullinen ja määrällinen tutkimus täydentävät toisiaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään yleistämään ilmiötä käyttämällä määrällisiä mittareita. Mittauksen tu-

loksena saatua aineistoa käsitellään kvantitatiivisessa tutkimuksessa tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivisen tutkimuksen mittaaminen perustuu tavoitteeseen, joka on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa. (Kananen 2011, 17-18.) Kvantitatiiviseen tutkimukseen soveltuvin havainnoinnin muoto on systemaattinen havainnointi. Systemaattinen havainnointi toteutetaan strukturoidusti niin, että tutkija tekee havaintoja ennalta suunniteltuun lomakkeeseen. (Vilkkä 2007, 29-30.) Tässä opinnäytetyössä tehty tutkimus painottuu enemmän kvantitatiiviseksi. Tutkimustuloksia tulkittaessa on painotettu määriä, joita on kuvattu taulukoiden ja kuvioiden avulla. Kvalitatiivista puolta tutkimukseen toi tutkimusaineisto, joka oli kvalitatiivinen. Tutkijoiden täytyi ymmärtää kvalitatiivista aineistoa, ennen kuin siitä pystyttiin alkaa etsimään kvantitatiivista sisältöä. Laadullista puolta tutkimukseen saatiin myös suorien lainauksien ja kirjausten laadun arvioinnin kautta.

6.1 Tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyön toteuttaminen alkoi sovitulla tapaamisella Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastojen T1, T2 ja T3 ylihoitajan kanssa 31.5.2017. Tapaamisessa keskusteltiin tulevasta opinnäytetyöstä ja siihen liittyvistä asioista. Kesän ja syksyn 2017 aikana opinnäytetyöntekijät perehtyivät opinnäytetyön aiheen teoriaan ja viimeistelivät tutkimussuunnitelman. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen opinnäytetyöntekijät kävivät 13.12.2017 tapaamassa osastojen T1, T2 ja T3 ylihoitajaa. Tapaamisessa keskusteltiin tutkimuslupaan liittyvistä asioista ja tutkimusaineiston kopioinnista, säilyttämisestä ja hävittämisestä. Tutkimuslupaa anottiin 16.1.2018 Rauman sosiaali- ja terveystoimialalta tutkimuslupahakemusohjeiden mukaan. Tutkimuslupa myönnettiin 29.1.2018 (Liite 2). Satakunnan ammattikorkeakoulun sopimus opinnäytetyön tekemisestä laadittiin huhtikuussa 2018 (Liite 3).

Tutkimusaineiston kerääminen osastoilta T1, T2 ja T3 sekä henkilötietojen poistaminen hoitokertomuksista potilaiden yksityisyyden suojan säilyttämiseksi tapahtui osastosihteerien toimesta. Hoitokertomuksien valintaan opinnäytetyöntekijät eivät voineet vaikuttaa, vaan osastosihteerit valitsivat hoitokertomukset satunnaisotannalla. Osastosihteerit olivat valinneet 30 tuoreinta hoitokertomusta jokaiselta tutkittavalta osastolta eli yhteensä 90 kappaletta hoitokertomuksia.

6.2 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Induktiivinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Erittely, yhtäläisyyksien ja erojen etsiminen ja tiivistäminen kuuluvat sisällönanalyysissä olevan aineiston tarkasteluun. Sisällönanalyysin ohella voidaan puhua myös sisällön erittelystä. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumentaatioiden analysointia kuvaamalla määrällisesti jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105-107, 122.)

Ennen kuin analysointi aloitetaan, tulee sisällönanalyysiin määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause, lausuma tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä. Sisällönanalyysissä pyritään tulkinnan ja päättelyn avulla luomaan empiirisestä aineistosta käsitteellinen kokonaisuus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.) Opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysin lisäksi sisällön erittelyä. Sisällön erittelyllä hoitokertomuksia voitiin kuvata kvantitatiivisesti eli määrällisesti ja sisällönanalyysillä kiinnitettiin laatuun huomiota esimerkiksi suorilla lainauksilla.

Tutkimusaineistoa käytiin analysoimassa 5.3.2018 ja 26.3.2018. Opinnäytetyöntekijät analysoivat jokaiselta osastolta kymmenen hoitokertomusta, eli yhteensä analysoitiin 30 hoitokertomusta opinnäytetyöntekijää kohden. Tutkimuksessa analysoitiin kokonaisuudessa 90 hoitokertomusta. Hoitokertomuksien pituudet vaihtelivat 2:sta 56:een sivuun. Hoitajaksojen pituus oli osastokohtaista ja se vaihteli muutamasta päivästä viikkoihin. Hoitokertomukset analysoitiin hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti laatimallamme sisällönanalyysirungolla (Liite 4). Sisällönanalyysirunko on laadittu Jonna Mattilan luvalla hänen opinnäytetyönsä (2012) sisällönanalyysirunkoa apuna käyttäen.

Jokainen hoitokertomus numeroitiin osastoittain jäsentämään analysointia. Osasto T1 numeroitiin 1-30, osasto T2 numeroitiin 31-60 ja osasto T3 numeroitiin 61-90. Opinnäytetyöntekijät perehtyivät omien tutkimusaineistojen lisäksi myös toistensa tutkimusaineistoon sekä tutkimusaineistosta tehtyihin muistiinpanoihin tutkimusta analysoidessa. Tällä vertailulla pyrittiin parantamaan tutkimuksen uskottavuutta. Analysoinnin jälkeen opinnäytetyöntekijät kokosivat saamansa tulokset yhteen osastoittain. Tulokset analysoitiin tutkimuskysymyksien mukaan, käyttäen apuna sisällönanalyysirunkoa. Ensin materiaalista tutkittiin hoitotyön prosessin vaiheiden näkymistä, jonka jälkeen laskettiin FinCC-komponenttien käyttöä. Tutkimuksesta syntyneitä tuloksia havainnollistettiin kuvioiden avulla.

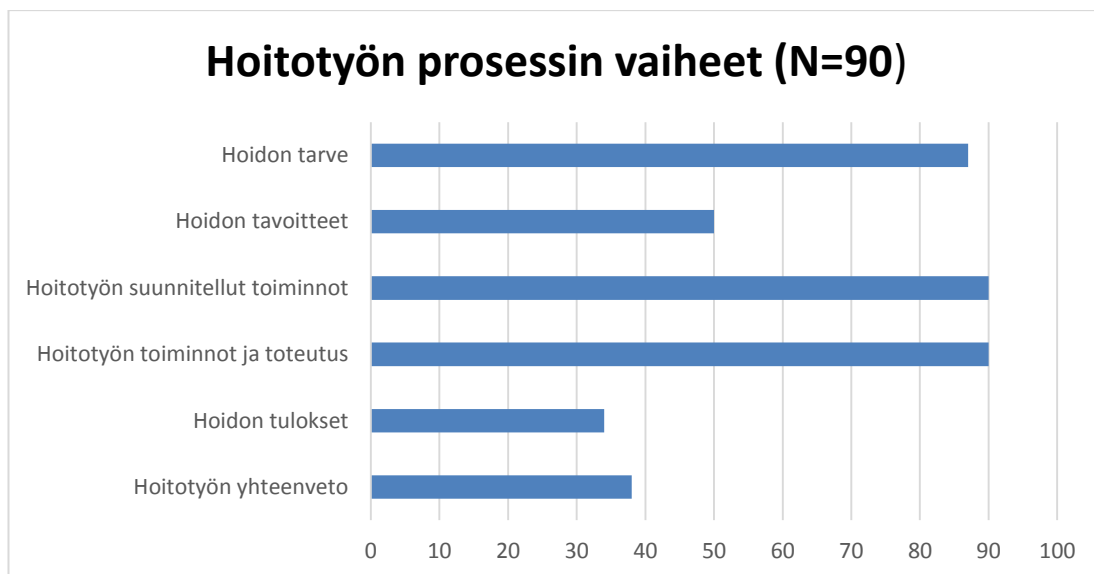
Kaikki hoitokertomukset sisälsivät hoitajakson aikana käytetyt FinCC-luokituksen komponentit, mutta kirjauksia oli osaan hoitokertomuksista kopioitu vain yhdeltä päivältä, toisiin koko hoitajakson ajalta. FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja analysoitiin laskemalla komponenttien määrä suunnitelluissa toiminnoissa ja tarkastelemalla niiden alle tehtyjä kirjauksia siltä osin, kun kirjauksia oli hoitokertomuksiin kopioitu.

7 TULOKSET

Tutkimustulokset on avattu tutkimuskysymyksien mukaan. Tulokset on kuvattu sanallisesti, sekä taulukoiden ja kuvioiden avulla. Esimerkkeinä kirjauksista käytetään suoria lainauksia hoitokertomuksista, jotka on kirjoitettu sitaatteihin.

7.1 Hoitotyön prosessin vaiheet

Seuraavassa kuviossa esitetty hoitotyön prosessin vaiheiden näkyminen osastojen T1, T2 ja T3 hoitokertomuksissa (N=90) (Kuvio 1).



Kuvio 1. Hoitotyön prosessin vaiheet hoitokertomuksissa

7.1.1 Hoidon tarve

Effica-potilastietojärjestelmässä hoitokertomuksella ei aloituslehdellä ollut erikseen kohtaa, johon sanallisesti kuvataan potilaan hoidon tarve. Katsoimme hoidon tarpeen kirjatuksi, mikäli aloituslehdellä oli kirjattu kattavasti kohtiin Tulosyy ja Hoitoon tulon syy niin, että potilaan hoidon tarve kävi niistä ilmi.

Hoidon tarve oli kirjattu 87:ään hoitokertomukseen (N=90). Näissä hoitokertomuksissa oli kirjattu kattavasti kohtiin Tulosyy ja Hoitoon tulon syy potilaan voinnista ennen hoitoon tuloa ja tulotilanteesta niin, että hoidon tarve kävi ilmi.

“Tulosyy: Influenssa

Hoitoon tulon syy: Viikon ajan voimakasta yskää, 25.2. noussut kuume ad 40. Miner- vasta läheteellä päivystykseen tullut 26.2...” (76)

“Tulosyy: vas.lonkkakipu

Hoitoon tulon syy:.. lonkka nyt niin kipeä, ettei pysty kotona olemaan tai jalalle varamaan. Levossa tilanne ok, rasittaessa kipua. Ei traumaa taustalla. Istumaan pystynyt nousemaan, mutta ei seisomaan ilman tukea.” (7)

Kolmeen hoitokertomukseen ei hoidon tarvetta oltu kirjattu. Näissä potilas oli joko tullut jatkohoitoon toiselta osastolta tai toisesta sairaalasta, tai hoidon tarve oli ilmaistu epäselvästi.

“Tulosyy: Jatkohoito Tyks” (88)

”Tulosyy: oikean nilkan murtuma ja” (53)

Hoidon tarpeen ilmaisulle sanallisesti oli erikseen paikka hoitotyön yhteenvedossa. Kaikkiin tehtyihin hoitotyön yhteenvetoihin (n=38) oli kirjattu hoidon tarve sanallisesti.

“Hoidon tarve(HOIY): Tullut sairaalahoitoon, koska kotona ollut sekavuutta, harhausuutta. Ei pärjää kotona. Aluksi ollut tarkkailuosastolla, josta siirtynyt jatkohoitoon os:lle T1.” (4)

Vähintään yhtä suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL:n mukaista komponenttia oli käytetty kaikissa hoitokertomuksissa hoidon tarpeen määrittämisessä. Tämä on Efficassa pakollista, jotta hoitokertomukselle voidaan alkaa valitsemaan hoitotyön suunniteltuja toimintoja.

7.1.2 Hoidon tavoite

Hoidon tavoitteita oli kirjattu hoitokertomuksiin vaihtelevasti. Hoidon tavoitteen kirjaamiselle on erikseen paikka hoitokertomuksen aloituslehdellä. Oikeaoppisesti hoidon tavoitteet oli kirjattu 50:een hoitokertomukseen aloituslehdelle (N=90). Tavoitteet olivat potilaslähtöisiä, lyhyitä, selkeitä ja niillä pyrittiin vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen.

“Hoidon tavoite: Käden kuntoutuminen ja kotiutus omaan kotiin” (44)

“Hoidon tavoite: Sydämen vajaatoiminnan helpottaminen” (10)

“Hoidon tavoite: kuntoutuu kotikuntoiseksi” (27)

Muutamissa hoitokertomuksissa Hoidon tavoite -kohdan alle oli kirjattu virheellisesti muuta kuin hoidon tavoite, tai hoidon tavoite oli ilmaistu epäselvästi, eikä sillä vastattu potilaan hoidon tarpeeseen. 40 hoitokertomuksessa oli hoidon tavoite virheellisesti tai kokonaan jätetty kirjaamatta.

“Hoidon tavoite: 77-vuotias mies, jolla aiemmalta hypertoniaa, glaukoomaa, dyspepsiaa, lumbagotaipumusta, pereneuspareesi vasemmalla.” (54)

Välitavoitteita oli laadittu muutamiin hoitokertomuksiin FinCC-luokituksen mukaisen hoidon tarpeen tai suunniteltujen toimintojen alle.

“AINEENVAIHDUNTA, VERENSOKERIN MUUTOS: Tavoitteena opettaa potilaalle verensokerin mittaaminen ja insuliinin pistäminen. Kortisonihoidon seurauksena potilaan verensokerit olleet korkeat. Potilaalle viety verensokerimittari ja Novorapidkynä tarvikkeineen huoneeseen (Protaphane lääkehuoneessa). Mittaa itse ja pistää insuliinin.” (1)

“Nestetasapaino: tavoitteena nesteytys” (78)

7.1.3 Hoitotyön suunnitellut toiminnot

Hoitotyön suunniteltuja toimintoja oli käytetty kaikissa hoitokertomuksissa (N=90) kattavasti. Suunnitellut toiminnot olivat FinCC-luokituksen mukaisia ja niitä oli valittu potilaan hoidon tarpeen ja tavoitteiden mukaisesti. Eniten käytettyjä FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja olivat Päivittäiset toiminnot ja Aktiviteetti, sekä niiden alakomponentit. Effican hoitokertomukselle on pakko valita potilaan hoidolle suunniteltuja toimintoja, mikä osaltaan varmasti selittää suunniteltujen toimintojen hyvän näkymisen hoitokertomuksissa.

“Ihon kunnon seuranta ja hoito: Sutent-lääke aiheuttaa ihon kuivumista, hyvä käsien ja jalkojen rasvaus Decubal-voiteella.” (1)

7.1.4 Hoitotyön toiminnot ja toteutus

Suomalaisen hoidon toimintoluokituksen SHToL:n mukaisia komponentteja oli käytetty kaikissa hoitokertomuksissa (N=90) hoidon toteutuksia kirjattaessa. Kirjauksien määrää ei hoitokertomuksista pystynyt luotettavasti määrittelemään, sillä osaan hoitokertomuksista ei oltu kopioitu kirjauksia koko hoitojakson ajalta.

“Psyykkinen tasapaino: Psyykkisen tilan seuranta:

Sekavuutta ja levottomuutta esiintyy.” (2)

“Verenkierto: Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta:

Subclavia-kanyyli poistettu” (88)

”Päivittäiset toiminnot:

Viety aamulla puhdas paita, aamupesut hoitanut itsenäisesti. Oikea jalka lämmin, turvonnut” (61)

”Lääkehoito: Lääkkeen antaminen:

Paracetamol 1g ja Tenox 10mg. Pyytää jalan/alaselän särkyyn sekä unta tuomaan. (71) ”

Jonkin verran kirjauksia oli tehty luokittelemattomina, esimerkiksi lääkehoidosta, uni- ja valvetilan seurannasta, sekä päivittäisistä toiminnoista. Kaikki luokittelemattomat kirjaukset olisivat sopineet jonkin SHToL:n mukaisen komponentin yleissisällön alle.

“Luokittelematon:

Selviytyy päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti.” (90)

“Luokittelematon:

Kanyyli mennyt pieleen. Laitettu uusi sininen kanyyli oik.käteen.” (77)

7.1.5 Hoidon tulokset

Pääasiallisesti hoidon tuloksia oli kirjattu hoitotyön yhteenvedoihin Hoidon tulokset -otsikon alle. 38:sta tehdystä hoitotyön yhteenvedosta hoidon tuloksia oli kirjattu 34:ään. Hoitotyön yhteenvedojen sisällöissä oli vaihtelua, pääsääntöisesti arvio hoito-

jaksosta, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset oli kirjattu yhteenvedoon. Joissakin yhteenvedoissa oli kirjattu vain yksi pitkä teksti Arvio-kohtaan, jossa käytiin läpi muidenkin kohtien alle kuuluvia asioita.

“Hoidon tulokset(HOIY): Hoitojaksolla saanut varata kivun mukaan. Rollan kanssa omatoiminen. Virtsatieinfektioon Trimopan kuuri aloitettu. Suihkussa ollut. Fysioterapeutin kanssa tehnyt kotikäynnin.” (43)

“Arvio(HOIY): ..Potilaan liikkuminen sujuu hyvin ilman apuvälineitä. Potilaa puheparantunut, joskin hieman hapuilua toisissa sanojen tuottamisissa. Lauseen muodostaminen onnistuu... (90)

Muuten kuin hoitotyön yhteenvedoissa hoidon arviointia oli suoritettu melko vähän. Eniten arviointia oli suoritettu Hoidon ja jatkohoidon koordinointi -komponentin alle lääkärinkiertojen yhteydessä. Myös muutamiin lääkehoidon toteutuksiin oli liitetty arviointia lääkehoidon vaikuttavuudesta, sekä esimerkiksi Hengitys-komponentin alle happiviiksien toiminnasta.

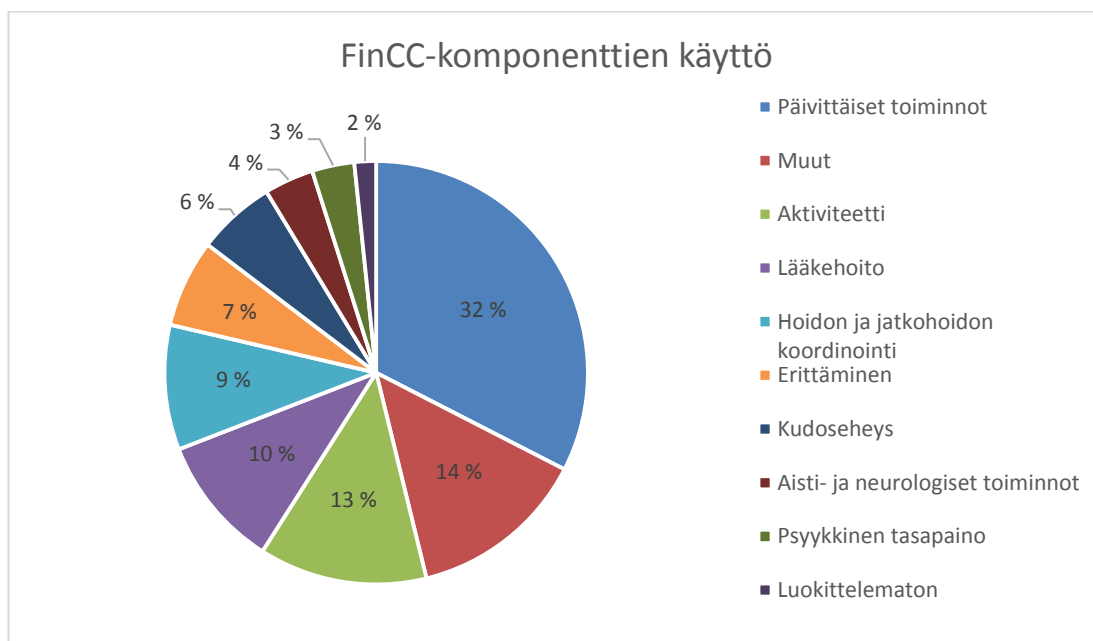
“Lääkehoito: kipeää polvea voideltu Orudis-geelillä. Kertoi voiteen myöhemmin auttaneen kipuun.” (7)

Suomalaisen hoidon tulosluokitusta SHTuL:a (parantunut, ennallaan tai huonontunut) ei oltu käytetty yhdessäkään hoitokertomuksessa.

7.2 FinCC-komponenttien käyttö

FinCC-komponenttien käyttöä tarkastellessamme laskimme osastojen hoitokertomuksista, kuinka monta kertaa kutakin komponenttia ja sen alakomponentteja oli käytetty hoitokertomuksissa suunniteltuja toimintoja ja hoidon tarpeita määritettäessä. Varsinaisten kirjauksien määrää ei pystynyt luotettavasti tutkimaan, sillä osaan hoitokertomuksista kirjauksia oli kopioitu vain päivän ajalta, varsinaisen hoitojakson ollessa huomattavasti tätä pidempi. Kirjauksien laatua ja niiden sisältöä on analysoitu siltä osin, kun niitä on hoitokertomuksissa ollut.

Jokaisessa hoitokertomuksessa oli käytetty hoidon tarvetta määritettäessä vähintään yhtä SHTaL:n mukaista komponenttia. Hoitotyön suunniteltuja toimintoja määritettäessä oli käytetty kattavasti SHToL:n mukaisia komponentteja. Kokonaisuudessaan FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja oli käytetty hoitokertomuksissa 1248 kertaa. Näiden lisäksi Luokittelematon-otsikon alle oli tehty kirjauksia 21 hoitokertomukseen, näin ollen komponenttien käytön määrä kokonaisuudessaan oli 1269. Eniten käytettyjä komponentteja olivat Päivittäiset toiminnot (n=413), Aktiviteetti (n=163), Lääkehoito (n=128) sekä Hoidon ja jatkohoidon koordinointi (n=121). Muut-osioon (n=173) kuuluvat komponentit Selviytyminen, Nestetasapaino, Ravitsemus, Hengitys, Verenkierto, Aineenvaihdunta, Turvallisuus ja Elämänkaari, joita oli kutakin käytetty prosentuaalisesti alle 3% komponenttien kokonaiskäytöstä. Terveyskäyttäytyminen oli ainoa FinCC-luokituksen mukainen komponentti, jota ei oltu hoitokertomuksissa käytetty kertaakaan. Seuraavassa kuviossa on esitelty FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käyttöä Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastoilla T1, T2 ja T3 (Kuvio 2).

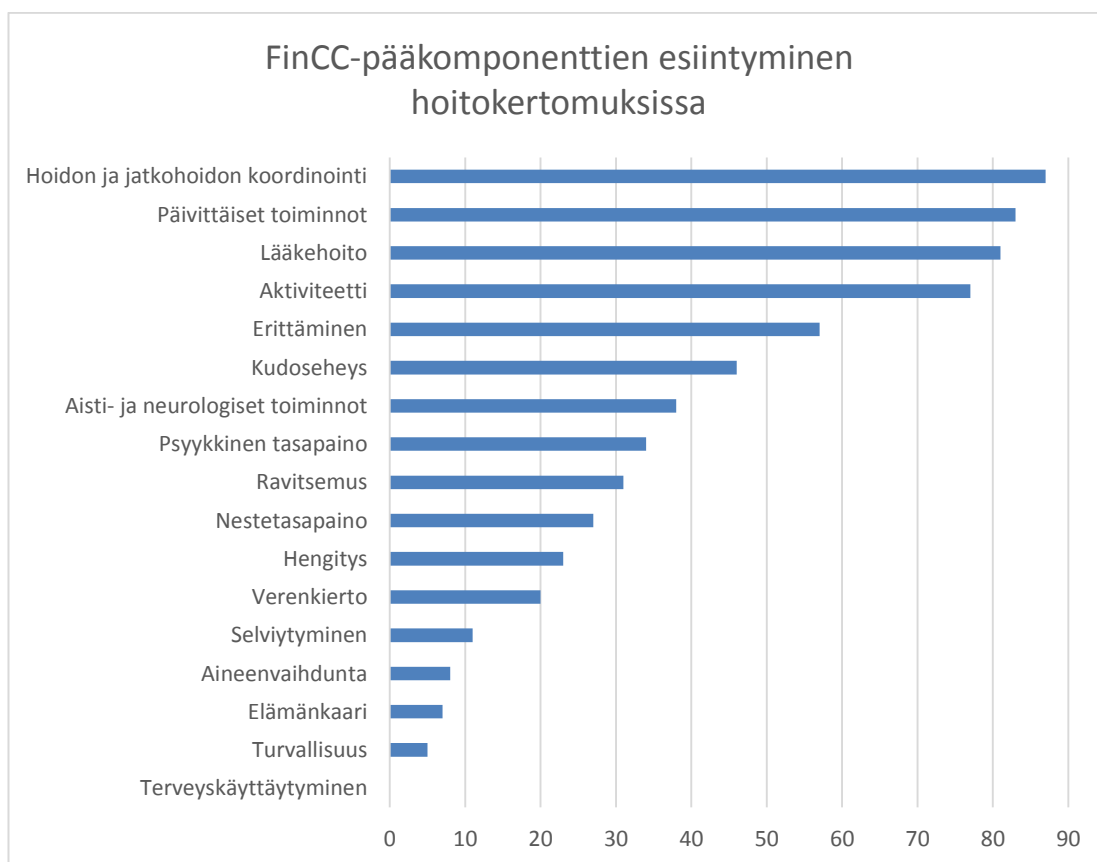


Kuvio 2. FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käyttö (n=1269)

Eniten käytetty suunniteltu toiminto hoitokertomuksissa oli Hoidon ja jatkohoidon koordinointi, joka löytyi suunniteltuna toimintona 87 hoitokertomuksesta (N=90). Komponentin alle oli kirjattu asioita lähinnä potilaan lääkärinkierroista, potilaan tut-

kimuksista ja potilaan kotiutuessa kotiuttamiseen liittyviä asioita. Päivittäiset toiminnot -komponenttia käytettiin 83 hoitokertomuksessa. Tämän komponentin alle oli kirjattu pääasiassa komponentin yleissisällön mukaisia asioita potilaan omatoimisuuteen liittyvistä osatekijöistä, mutta myös Aktiivisuus-komponentin alle sopivia asioita potilaan fyysisestä toiminnasta sekä uni- ja valvetilasta. Lääkehoito-komponenttia oli käytetty 81 hoitokertomuksessa ja sen alle oli kirjattu oikeaoppisesti lääkehoitoon liittyvistä osatekijöistä, mutta lääkehoidon toteutuksia oli arvioitu hyvin vähäisesti. Aktiviteetti-komponenttia oli käytetty 77 hoitokertomuksessa. Komponentin alle käytettiin paljon fysioterapeuttien toimesta, mutta myös kirjasivat komponentin alle potilaan fyysiseen toimintaan liittyvistä osatekijöistä. Aktiviteetti-komponentin alle oli kirjattu myös Päivittäiset toiminnot -komponentin alle sopivia kirjauksia. Muita komponentteja oli käytetty vaihtelevasti ja niitä oli valittu hoitokertomuksiin potilaan tarpeiden mukaisesti.

Seuraavassa kuviossa on esitetty, kuinka usein kutakin FinCC-luokituksen pääkomponenttia oli käytetty yksittäisissä hoitokertomuksissa (N=90) (Kuvio 3).



Kuvio 3. FinCC-pääkomponenttien käyttö hoitokertomuksissa (N=90)

FinCC-luokituksen ulkopuolelta kirjauksia oli tehty luokittelemattomina 21 hoitokertomukseen (N=90) 232 kappaletta. Kaikki luokittelemattomat kirjaukset olisivat sopineet jonkin FinCC-luokituksen mukaisen komponentin alle. Luokittelemattomia kirjauksia oli tehty esimerkiksi lääkehoidosta, päivittäisistä toiminnoista ja aktiviteetista.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulosten tarkastelu on suoritettu tutkimuskysymyksen mukaisessa järjestyksessä. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hoitotyön prosessin näkymistä kirjaamisessa sekä selvittää, miten FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja oli käytetty kirjaamisessa. Tavoitteena oli tuottaa osastoille tietoa kirjaamisen nykytilasta ja näin löytää siitä kehityskohteita. Pohdinnassa edetään hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti, jonka jälkeen tarkastellaan FinCC-komponenttien käyttöä osastoilla.

Hoidon tarpeen kirjaamisessa oli osastoilla onnistuttu hyvin. Sanallisesti hoidon tarve oli ilmaistu 87 hoitokertomuksessa (N=90) ja jokaiseen hoitokertomukseen oli valittu vähintään yksi SHTaL:n mukainen tarve, jonka alle oli alettu suunnittelemaan hoitotyön toimintoja. Tämä on Efficassa pakko tehdä, jotta hoitokertomukselle voi alkaa suunnittelemaan hoitotyön toimintoja. Osasyynä muutamasta hoitokertomuksesta hoidon tarpeen sanallisen ilmaisun puuttumiselle on varmasti se, että Efficassa ei erikseen ole paikkaa kirjata hoidon tarvetta sanallisesti aloituslehdelle, vaan sille löytyy paikka vasta hoitotyön yhteenvedosta. Tehtyihin yhteenvetoihin oli onnistuttu suurimmaksi osaksi kirjaamaan potilaan hoidon tarve.

Hoidon tavoitteita oli kirjattu osastoilla vaihtelevasti. Tavoite oli kirjattu 50 hoitokertomukseen. Laaditut tavoitteet olivat pääsääntöisesti oikeaoppisesti kirjattuja, ne olivat potilaan hoidon tarpeiden mukaan laadittuja, potilaslähtöisiä, lyhyitä ja niillä pyrittiin vastaamaan potilaan ongelmiin. Muutamia välitavoitteita oli laadittu hoitokertomuksille FinCC-luokituksen mukaisen hoidon tarpeen tai suunniteltujen toimintojen alle.

Muutamissa hoitokertomuksissa tavoite oli kirjattu virheellisesti. Hoidon tavoite -kohdan alle hoitokertomuksen aloituslehdelle oli kirjattu virheellisesti lisätietoja potilaan tilasta ja sairauksista, tai tavoite oli yritetty kirjoittaa pitkästi ja epäselvästi. Miltei puolessa tutkituista hoitokertomuksista hoidon tavoite oli jätetty kokonaan kirjaamatta.

SHToL:n mukaisia suunniteltuja toimintoja oli käytetty kaikilla osastoilla hoitokertomuksissa laajasti. Selkeästi käytetyimmiksi komponenteiksi erottuivat Hoidon ja jatkohoidon koordinointi, Päivittäiset toiminnot, Lääkehoito ja Aktiviteetti.

Hoitotyön toimintoja ja toteutuksia oli kirjattu kaikkien osastojen hoitokertomuksiin. Tutkittuihin hoitokertomuksiin oli kopioitu vaihtelevasti kirjauksia, osassa näkyi kirjaukset vain potilaan kotiutumispäivältä, osassa kirjaukset koko hoitojaksolta. Jokaiselta osastolta erottui selkeästi yksi komponentti, jota käytettiin kirjauksissa eniten. Tämä komponentti oli joko Päivittäiset toiminnot tai Aktiviteetti, osastosta riippuen. Joitakin hoitotyön toteutuksia oli kirjattu luokittelemattomana, eli niitä ei oltu kirjattu minkään suunnitellun toiminnon alle. Kaikki luokittelemattomat kirjaukset olisivat kuitenkin sopineet jonkin SHToL:n mukaisen komponentin alle.

Hoidon tuloksien kirjaus osastoilla tapahtui lähinnä hoitotyön yhteenvedoissa. Tehdyistä hoitotyön yhteenvedoista (n=38) hoidon tuloksia oli kirjattu 34:ään. Hoitotyön yhteenvedojen täyttämässä oli vaihtelevuutta. Suurimpaan osaan tehdyistä hoitotyön yhteenvedoista oli kattavasti täytetty kohdat Arvio, Hoidon tarve, Hoitotyön toiminnot ja Hoidon tulokset. Muutoin kuin hoitotyön yhteenvedoissa hoidon arviointia tehtiin melko vähäisesti, lähinnä lääkärinkiertojen yhteydessä sekä joidenkin lääkehoidon toteutuksien alle.

FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käytössä osastoilla oli pääsääntöisesti onnistuttu hyvin. Lähinnä kirjaamisessa oli huomioitavaa osastoilla eniten käytettyjen komponenttien sisältöjen kirjaamisissa ristiin. Päivittäiset toiminnot tai Aktiviteetti oli käytössä päivittäisten toimintojen kirjaamiseen osastosta riippuen ja sen alle yleensä kirjattiin toisenkin komponentin alle kuuluvia asioita. Varsinaisten kirjauksien analysointi jäi kuitenkin tässä tutkimuksessa pieneksi, sillä suurimmassa osassa kopioi-

duista hoitokertomuksista ei ollut kirjauksia koko hoitojakson ajalta. Muuten komponentteja käytettiin laajasti ja niitä oli valittu hoitokertomuksiin yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti.

Mattilan opinnäytetyön (2012, 30-36) tuloksissa kävi ilmi, että Rauman terveyskeskussairaalan osastoilla 13 ja 14 kehitettävää oli hoitotyön suunnitelmien laatimisessa sekä hoidon arvioinnissa. Tämän lisäksi FinCC-luokitusten oikeaoppiseen käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja hoitotyön yhteenvetojen tekemiseen ja sisältöihin tulisi panostaa enemmän. Myös muissa tässä työssä tarkasteltujen aikeisempien tutkimuksien tuloksissa useimmiten nousi esiin eniten puutteita hoidon arvioinnissa ja hoitotyön yhteenvetojen laatimisessa. Valleniuksen (2010, 20-27) opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että eniten puutteita hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisessa Katariinan sairaalan osasto 4b:ltä löytyi hoidon tavoitteen ja arvion kirjaamisessa, sekä hoitosuunnitelmien laatimisessa.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa on selkeästi havaittavissa samankaltaisuuksia aikaisempiin tutkimuksiin verrattaessa. Aivan suoraan verrattavissa tulokset eivät kuitenkaan aikaisempiin tutkimuksiin ole, koska tässä työssä hoitotyön prosessin vaihteita on analysoitu osin eri tavalla kuin aikaisemmissa tarkastelemisissamme tutkimuksissa. Myös erilaiset analyysirungot ja -yksiköt sekä kirjaamisessa käytettävät järjestelmät vaikuttavat tulosten verrattavuuteen. Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto oli huomattavasti suurempi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Mattila 2012, Vallenius 2010), tästä huolimatta tuloksista nousi esiin paljon samankaltaisuuksia aikaisempiin tutkimuksiin verraten. Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan edelleen päätellä, että lisää perehdytystä hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen tarvitaan.

Selkeästi suurimmaksi haasteeksi kaikilla osastoilla nousi hoidon tulosten kirjaaminen. Hoidon tuloksia kirjattiin lähes ainoastaan hoitotyön yhteenvetoihin ja hieman lääkärinkiertojen yhteydessä. Hoitotyön yhteenvetoja ei kuitenkaan ollut tehty läheskään jokaisesta potilaasta, joten suurimmalla osalla potilaista hoidon tuloksien kirjaaminen jäi hyvin vähäiseksi. Hoitotyön yhteenvetojen laatimisesta puuttui myös selkeä yhtenäinen rakenne ja niitä laadittiin paljon eri tavoilla, eri otsikoita käyttäen. Toinen asia, johon osastoilla tulisi kiinnittää huomiota, on hoidon tavoitteiden laatiminen. Hoidon tavoite oli laadittu virheellisesti tai jätetty kokonaan laatimatta lähes puolissa

tutkituista hoitokertomuksista. Hoidon suunnittelussa oli onnistuttu muuten melko hyvin, tarpeiden ilmaisussa oli käytetty vapaata tekstiä ja FinCC-luokituksia, sekä hoitotyön suunniteltuja toimintoja oli valittu potilaiden tarpeiden mukaisesti hoitokertomuksiin.

Effican hoitokertomus järjestelmänä ohjaa käyttäjänsä jonkin verran hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen, joka osittain varmasti selittää hyvin toteutuvan hoitotyön suunniteltujen toimintojen sekä hoitotyön toimintojen ja toteutuksien kirjaamisen. Hoitokertomuksen aloituslehdeltä löytyy erikseen kohdat kirjata potilaan tulosyy, hoidon tavoite ja lisätietoja. Hoitokertomukselle on pakko valita vähintään yksi FinCC-luokituksen mukainen hoidon tarve, jonka alle aletaan suunnittelemaan hoitotyön toimintoja. Kuitenkin, vaikka Effican ohjaa käyttäjänsä hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen, joitakin kohtia jätettiin hoitokertomuksissa kokonaan täyttämättä.

Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisesta nousseita eroja voi selittää hoitajien erilaiset tavat kirjata ja osastojen eri mittaiset hoitoajat. Myös hoitajien käsitykset hoitotyön prosessista voivat olla erilaisia. Selkeästi huomattavissa oli, että lyhyemmillä hoitojaksoilla hoidon tuloksien kirjaaminen jäi vähäisemmäksi. Tuloksien kirjaamisen vähyyttä voi selittää myös se, että kaikki hoitajat eivät välttämättä tiedä, mitä hoidon tuloksiin tulisi kirjoittaa tai milloin hoitotyön yhteenveto kuuluu potilaan hoitojaksosta tehdä. Hoidon tavoitteen laadinnassa oli myös selkeästi huomattavissa joissakin tapauksissa, että tavoitetta laatinut hoitaja ei ollut tiennyt, millainen on oikeaoppinen hoidon tavoite. Eniten hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen paranemiseen voidaan vaikuttaa lisäämällä hoitajien tietoa asiaan liittyen, esimerkiksi kirjaamiskoulutuksen ja ohjeistuksien avulla.

8.2 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtiajakoinen. Tutkimuksen avulla saatavat tulokset vaikuttavat tutkijan eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset näkökulmat vaikuttavat tutkijan ratkaisuihin tutkimusta suoritettaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 147.)

Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan luotettavuutta ja totuudellisuutta. Tällöin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Se, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä, on eräänlainen perusvaatimus. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Velvollisuusetiikassa oikein tekemisen velvollisuus motivoi ihmistä. Velvollisuudet ovat periaatteita, sääntöjä ja normeja, joita ohjaavat sisäistetty moraalilaki toiminnan suhteen. Velvollisuuseettisessä toiminnassa ammatillisen asiantuntijan tulee toimia velvollisuuksien ja sopimusten mukaan. (Juujärvi, Myyry & Pesso 2007, 69.)

Tutkijoiden tulee tutkimusta tehdessä huomioida useita eettisiä kysymyksiä ja tuntea tieteellisen käytännön periaatteet. Suorittamalla tutkimus hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla saadaan tieteellisestä tutkimuksesta eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset ovat uskottavia. Tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Näitä toimintatapoja tulee noudattaa tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tässä tutkimuksessa on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä olemalla huolellinen ja tarkka tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Lisäksi tutkimusaineistoa on käsitelty muuttamatta sieltä mitään. Tutkimuksessa on esitetty tulokset rehellisesti sekä mahdollisimman luotettavasti, että tarkasti.

Tutkimusetiikkaa ohjaa tieteellisen käytännön periaatteiden lisäksi myös lainsäädäntö. Sairaanhoidopiirien eettiset toimikunnat (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 ja 794/2010), Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 986/1999) ja joidenkin tutkimusyksiköiden omat eettiset toimikunnat käsittelevät tutkimuslupa-anomukset kyseisissä piireissä ja yksiköissä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 364.) Yksityisyy-

den suoja on tutkimuseettisesti tärkeä periaate, mutta se kuuluu myös Suomen perustuslailla suojattuihin oikeuksiin. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka koskevat yksityisyyden suojaa ovat tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, tutkimusaineiston säilyttäminen tai hävittäminen ja tutkimusjulkaisut. Tutkimusaineistojen suojaaminen ja luottamuksellisuus tarkoittaa, että aineistoa ei saa käyttää tai luovuttaa muihin kuin tutkimustarkoituksiin. Luottamuksellisuus nojautuu myös aineistojen käsittelyn lisäksi käytön ja säilyttämisen rajauksiin. Tutkittavien yksityisyyden suojaa ei saa vaarantaa aineiston huolimattomalla säilyttämisellä vaan tulee tehdä päätös, missä aineistoa säilytetään. Anonymisointitoimenpiteillä huolehditaan tarvittaessa yksityisyyden suojasta. Tutkimuksessa käytettävä aineisto tulee hävittää, kun aineistoa ei tarvita ja niiden säilyttämiselle ei ole tutkimuksellista perustetta. Jos tutkimusjulkaisussa esitetään suoria aineisto-otteita, tulee arvioida erikseen tunnistamisen näkökulma. Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset esitetään tilastollisina ja tunnistamina eivätkä siten sisällä yksittäisten henkilöiden tunnistamisen mahdollisuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Eettisinä kysymyksinä ennen tutkimuksen alkua olivat potilaiden yksityisyydensuojaaminen, opiskelijoiden vaitiolovelvollisuus, potilasasiakirjojen asianmukainen käsittely ja hävittäminen sekä tutkimusluvan saaminen. Tutkimuslupa anottiin Rauman sosiaali- ja terveystoimelta ohjeiden mukaisesti ennen tutkimusaineiston analysointia (Liite 2). Tutkijat allekirjoittivat tutkimusluvan ja samalla sitoutuivat noudattamaan vaitiolovelvollisuutta, joka sisältyi tutkimusluvan ehtoihin.

Tutkimuksessa käytettävää aineistoa käsiteltiin vain tutkimustarkoituksiin ja aineisto valittiin osastosihteerien toimesta satunnaisotannalla. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistoa eli hoitokertomuksia käsiteltiin kopioina. Aineistosta poistettiin henkilötunnukset, nimet ja muut henkilötiedot osastosihteerien toimesta, jolloin potilaiden anonymiteetti sekä yksityisyydensuoja säilyi eikä potilasta voitu tunnistaa. Aineistoa käsiteltiin vain Rauman aluesairaalan meille varaamissa tiloissa. Tutkimuksessa käytettävää aineistoa käytiin tutkimassa eri päivinä ja aineisto säilytettiin välipäivinä ylihoitajan toimesta turvallisessa säilössä ulkopuolisten ulottumattomissa Rauman aluesairaalan tiloissa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kopiot hävitettiin asianmukaisesti ylihoitajan toimesta. Tutkimuksessa käytettyjä suoria aineisto-otteita arvioitiin

tutkijoiden kesken potilaiden tunnistamisen näkökulmaa ajatellen. Tutkimuksen suorittamisen ajankohta ei ole ollut tiedossa osastoille, jolloin osastojen kirjaamiskäytäntöihin ei oltu henkilökunnan toimesta pystytty vaikuttamaan.

Eettisyys koskee tutkimuksen laatua, sillä tutkijan on huolehdittava tutkimussuunnitelman laadukkuudesta, tutkimusasetelman sopivuudesta ja hyvästä raportoinnista. Eettinen kestävyys ja sitoutuneisuus ovat vaatimuksena hyvälle tutkimukselle, sillä eettisyys kiertyy muodollisesti tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin, jossa tutkijan moraali ohjaa tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149-150.)

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen pyrkimys on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 124). Tutkimustulosten yleistettävyys, laajuus ja luotettavuus ovat käytössä arvioidessa tutkimuksen käyttökelpoisuutta. Tieteelliset johtopäätökset, joita tutkimuksessa on ollut, tulkitaan teorian puitteissa ja perustetaan tutkimustuloksille. (Metsämuuronen. 2006, 49-50.) Tutkimustulosten luotettavuudessa tulee huomioida, miten tulokset vastaavat todellisuutta ja onko käytetyllä menetelmällä saatu vastauksia tutkimusongelmiin (Metsämuuronen. 2003, 36-37).

Tässä opinnäytetyössä on käytetty induktiivista sisällönanalyysia, jolla on haettu vastauksia tutkimusongelmiin. Tulokset olivat osittain vertailtavissa Mattilan opinnäytetyöhön (2012). Vertailulla saatiin luotettavuutta omiin tutkimustuloksiin. Hoitokertomuksia tutkimuksessa on tutkittu 90 kappaletta, joka lisää luotettavuutta määrällisyyden takia. Koska tutkittavia osastoja oli kolme, opinnäytetyön tutkimus oli laaja-alaisempi ja luotettavampi. Jokainen opinnäytetyöntekijä tutki 10 kappaletta hoitokertomuksia osastokohtaisesti, jolla tutkimukseen saatiin lisää luotettavuutta. Aineistoa tutkiessa opinnäytetyöntekijät perehtyivät omien hoitokertomusten lisäksi toistensa hoitokertomuksiin. Aineistoista tehtiin muistiinpanoihin perehdyttiin ja myös vertailtiin omiin muistiinpanoihin. Hoitokertomukset oltiin valittu osastosihteerien toimesta satunnaisotannalla, jolloin aineistoon saatiin yleisyyttä.

Opinnäytetyössä on käytetty kotimaisia ja ulkomaisia tietokantoja, jotka ovat muun muassa Medic, Melinda, Cinahl, PubMed ja Ovid. Kotimaisista tietokannoissa hakusanoina on käytetty hoitotyö, kirjaaminen ja prosessi. Ulkomaisista tietokannoista hakusanoina on käytetty nursing, process ja documentation. Tutkimuksessa on pyritty laaja-alaiseen teoreettiseen viitekehykseen käyttämällä mahdollisimman luotettavia ja ajantasaisia lähteitä.

Reliabiliteetti ja validiteetti näkökulmat kvantitatiivisessa tutkimuksessa kuvaavat luotettavuutta ja laatua. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä ja validiteetti, että tutkimuksessa on tutkittu oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä pitää aina arvioida luotettavuutta. Reliabiliteetin ja validiteetin huomioita jättäminen heikentää työtä. (Kananen 2011, 118-119.) Validiteetissa teoreettiset käsitteet pyritään operationalisoimaan muuttujiksi. Ulkoisessa validiteetissa tarkastellaan, kuinka hyvin saadut tulokset voi yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. Reliabiliteetin, eli tulosten pysyvyyttä voidaan tutkia ilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa. Samansuuntaiset tulokset viittaavat, että mittaria voidaan pitää reliabiliteettina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.) Tässä tutkimuksessa validiteetti on toteutunut, koska on pystytty mittaamaan juuri niitä asioita, mitä on pitänytkin. Reliabiliteettia vahvistaa se, että käytetty mittari on ollut sama koko tutkimuksen ajan ja sitä on käyttänyt kolme tutkijaa.

Mittarin luotettavuus on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Väärin valittu mittari ei mittaa haluttua tutkimus ilmiötä, ja siten on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Mittarin tulee mitata oikeata ilmiötä ilman, että jokin tutkimusilmiön osa-alue jää mittaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.) Mittarin validius tarkoittaa, että mittarissa ja ylipäänsä tutkimuksessa käytetyt käsitteet ovat teorian mukaiset ja oikein operationalisoidut sekä käsitteet kattavat riittävän laajasti kyseisen ilmiön (Metsämuuronen. 2006, 56-57).

Tässä tutkimuksessa käytetty mittari eli analyysirunko on laadittu Mattilan luvalla hänen opinnäytetyönsä (2012) mittaria mukaillen. Mittari on pysynyt samana koko tutkimuksen ajan. Koska mittari on ollut sama tutkimuksen ajan, molempien analysointikertojen tulokset ovat olleet vertailukelpoisia. Tutkimuksen aikana kirjausten analy-

sointi oli välillä haastavaa, koska hoitokertomuksien kirjausten määrä vaihteli. Hoitajaksojen pituudet myös vaihtelivat 2:sta 56:een päivään. Analysoinnin aikana jokainen opinnäytetyöntekijä oli läsnä tutkimusta tehtäessä. Hoitokertomuksia analysoidessaan Rauman sosiaali- ja terveystoimen tiloissa opinnäytetyöntekijät sopivat yhteiset tulkintasäännöt, joilla pyrittiin yhteisiin tulkintoihin erilaisten tekstisisältöjen osalta. Opinnäytetyöntekijöiden tulkintaeroja kirjauksissa on pyritty vähentämään avoimen ja kriittisen keskustelun avulla. Opinnäytetyöntekijät yhdessä tulkitsivat haastavia kirjauksia ja pohtivat, kuinka ne kirjataan omiin muistiinpanoihin. Tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus.

8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta ja löytää siitä kehittämiskohteita. Opinnäytetyön tutkimustuloksista Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastot T1, T2 ja T3 sekä hoitotyön kirjaamista kehittävät tahot saavat tietoa, hoitotyön kirjaamisen nykytilanteesta. Tutkimustuloksista selviää hoitotyön prosessin eri vaiheet sekä FinCC-luokitusten komponenttien käyttö. Tutkimustulosten avulla voidaan hoitotyön kirjaamisen osalta miettiä, onko tarpeellista lisäkoulutuksille, jolloin hoitotyön kirjaaminen kehittyisi osaamisen ja sisällön näkökulmasta. Tutkimustulosten pohjalta voitaisiin keskittyä tarkalleen siihen osa-alueeseen, johon lisäkoulutusta tarvittaisiin.

Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia hoitotyön yhteenvetojen tekemistä ja niiden sisältöjä sekä FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käyttöä kirjaamisen laadun näkökulmasta, sillä tässä tutkimuksessa se ei ollut mahdollista hoitokertomuksien kopoissa olleiden kirjauksien laskettavuuden vaihtelun vuoksi. Kirjaamisen tutkiminen myös hoitajien näkökulmasta voisi olla mielekästä, näin saataisiin tietoa myös hoitajien asenteista ja tiedoista kirjaamiseen liittyen.

8.5 Tutkimus- ja opinnäytetyöprosessin arvioiminen

Opinnäytetyön tekemiseen kului aikaa noin vuosi. Opinnäytetyötä tehtiin järjestelmällisesti aloittaen suunnitelmasta, perehtymällä teorian tietoon, suorittamalla tutkimus

Rauman sosiaali- ja terveystoimialalle ja kirjoittamalla raportti analysoiduista tuloksista. Raportin kirjoittaminen alkoi helmikuun aikana ja kokonaisuudessa raportin tekemiseen meni noin kolme kuukautta. Opinnäytetyön edistyessä opinnäytetyöntekijät kehittivät kirjaamisen, hoitotyön prosessin ja FinCC-luokituksen teoriassa. Tiedon lisääntyessä myös opinnäytetyön laatu ja luotettavuus lisääntyi. Teoriatiedon lisäksi tutkimuksen tekemisen sekä tutkimustulosten analysoinnin taidot lisääntyivät. Opinnäytetyön luotettavuutta vähentävä tekijä voi olla opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus.

Hoitotyön kirjaaminen on aihealue, jota aletaan käymään läpi jo hoitotyön koulutuksen alkuvaiheessa. Opinnäytetyön tekijöiden tiedot ja taidot hoitotyön kirjaamisesta ovat syventyneet hoitotyön harjoitteluiden ja työkokemuksen kautta. Myös Effica järjestelmänä oli tuttu hoitotyön harjoitteluiden kautta. Näiden asioiden aikaisempi tuntemus oli tukena ja edisti opinnäytetyön etenemistä.

Opinnäytetyön kuului alkuaan olla kvalitatiivinen, mutta tutkimuksessa käytetyn mittarin tuomien tutkimustulosten ja niiden analysoinnin takia opinnäytetyö muuttui kvantitatiiviseksi, vaikka kvalitatiivisuutta tutkimuksessa on säilynyt esimerkiksi suorina otteina tutkimustuloksissa. Luotettavia lähteitä opinnäytetyöhön pyrittiin saamaan kattavasti sekä kotimaisista, että ulkomaisista tietokannoista. Tietokantojen lisäksi opinnäytetyöhön refleктоitiin tutkimustuloksia muiden tekemistä opinnäytetöistä, artikkeleista tai pro graduista, joilla pyrittiin lisäämään luotettavuutta. Teoreettiseen viitekehykseen panostettiin, jotta lukija saa selkeän kuvan, mitä hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi ja FinCC-luokitukset ovat.

Tutkimuskysymykset oli onnistuttu asettamaan hoitotyön prosessin ja FinCC-luokitusten käytön kannalta olennaisiksi. Tuloksien analysoinnissa käytetty runko osoittautui toimivaksi ja sen avulla saatiin tutkimuskysymyksiin vastauksia. Tutkimus onnistui suurimmaksi osaksi opinnäytetyöntekijöiden suunnitteleamalla tavalla. Kirjauksia oli alun perin tarkoitus tarkastella hieman tarkemmin, mutta saatuun materiaaliin ja sen analysointiin onnistuttiin mukautumaan hyvin.

Yhteistyökumppani ja organisaation sisällä oleva yhteyshenkilö pysyivät samana opinnäytetyöprosessin ajan. Yhteydenpito sujui ongelmitta yhteyshenkilön ja opinnäytetyöntekijöiden välillä. Tutkimusjärjestelyt kohdeorganisaation toimesta olivat hyvin toteutettu. Opinnäytetyön ohjaava opettaja pysyi samana koko opinnäytetyöprosessin ajan ja yhteydenpito hänen kanssaan sujui ongelmitta. Tarvittaessa opinnäytetyöntekijät saivat lähi- tai etäohjausta. Opinnäytetyön tekeminen työn tekijöiden kesken sujui hyvin. Aikataulujen sopiminen ja yhteydenpito oli helppo toteuttaa. Työtä tehtiin sovitusti joko yksin tai ryhmässä. Sovitut tehtävät, kuten tiedonhaku ja sen jakaminen onnistuivat helposti ja säännöllisen yhteydenpidon ansiosta ja jokainen opinnäytetyöntekijä oli ajan tasalla opinnäytetyöprosessin kulusta. Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyöntekijöiden ryhmätyöskentelytaidot kasvoivat. Opinnäytetyöntekijät kokevat, että työstä on hyötyä jatkossa hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen kehittämisessä ja tutkimisessa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10, 6-9.

Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, Rowaida. & Hani, S-B. 2014. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health record. Journal of Clinical Nursing, 578-589. Viitattu 25.4.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14097>

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E. & Vihunen, R. 2017. Hoitamalla hyvää oloa. 22. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Haapamäki, M. & Hyry, J. 2015. Kirjaamisen kehittyminen sairaanhoitajan työssä. AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015052811072>

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

Heinonen, E., Hukkanen, M. & Hussi, H. 2010. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Turun sosiaali- ja terveystoimen poliklinikoilla. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052110096>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengts, P. 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Ihalainen-Suonio, J., Lajunen, N. & Rantamäki-Varonen, E. 2010. Hoitotyön kirjaaminen: sähköinen hoitokertomus ja sen käyttö vuodeosastolla hoitajien näkökulmasta. AMK-opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010120216737>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pesso, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi Oy.

Kananen, J. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, U-M., Junttila, K., Viljamo, P., Sonninen A-L., Härkönen, M. & Ensio, A. 2014. FinCC and the National Documentation Model in EHR – User Feedback and Development Suggestions. Amsterdam: IOS Press. Viitattu 25.4.2018. <https://www.researchgate.net/publication/>

Kiviniemi, K. 2015. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa R. Valli & J. Aaltonen (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: PS-kustannus, 74-84.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 165. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2707-1>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 muutoksineen.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Lehtimäki, M. 2018 Ylihoitaja, Sosiaali- ja terveystoimiala. Rauma. Sähköposti. 12.4.2018.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leskinen, M. & Leskinen, J. 2010. Hoitotyön dokumentointi Pyhäjärven terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osastolla. AMK-opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052310242>

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Viitattu 3.10.2017. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90804>

Mattila, J. 2012. Hoitotyön kirjaamisen arviointi Rauman terveyskeskussairaalan osastoilla 13 ja 14. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012112616374>

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uud. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkelä, K. 2006. Terveystieteiden tietotekniikka. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin sovellukset. Helsinki: Talentum Media Oy.

Mäkitalo, A & Tiihonen, T. 2010. Hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta keuhkosairauksien osastolla. AMK-opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052610560>

Paavilainen, L. 2013. Systemaattinen kirjaaminen Loimaan aluesairaalassa – Hoitotyön prosessi ja potilaslähtöisyys hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa. YAMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013061213944>

Rauman kaupungin www-sivut 2018. Viitattu 3.4.2018. <https://www.rauma.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalapalvelut/osastotoiminta/>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Soninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uud. p. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

STM 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki>

STM 1999. Henkilötietolaki 1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki>

STM 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/159 huomioiden päivitys 2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki>

STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298. <http://www.finlex.fi/fi/laki>

STM 2011. Terveystietolaki 2011/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki>

STM 2011. Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011/341. <http://www.finlex.fi/fi/laki>

Talus, A., Autio, E., Hänninen, A., Pihamaa, H-T. & Kantonen, S. 2017. Miten valmistautua EU:n tietosuojasetukseen? Helsinki: Oikeusministeriö, Tietosuoja-valtuutetun toimisto. Oikeusministeriön julkaisu 4/2017. Viitattu 23.4.2018. http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuoja-valtuutettu/tietosuoja-valtuutetun-toimisto/opaat/1Em8rT7IF/Miten_valmistautua_EUn_tietosuojaasetukseen.pdf

Terveystietolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. uud. p. Helsinki: Tammi Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 23.4.2018 <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 23.4.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vallenius, L. 2012. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaaminen – kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012120518571>

Vartiainen, J. 2012. Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen teho-osastolla. AMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.4.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201205168435>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas; keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.4.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1

LIITE 1

FinCC-luokituksen mukaiset komponentit

Komponentti	Sisällön yleiskuva
Aktiviteetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät
Erittäminen	Ruansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssa käymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät

Aisti- ja neurologiset toiminnot	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisen kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

(Liljamäki, Kinnunen & Ensio 2012, 11.)

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimiala
Vs. toimialajohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
29.1.2018

15/2018

Muut asiat
/0/0

Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekistit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusiakirjassa tulee ilmetä a.o. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:

Hoitotyön prosessin näkyminen kirjaamisessa

Vili Keskimaa, Maamiehenkatu 11 A 3, 28500 Pori

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen
allekirjoitus


Marja-Leena Alho
Vs. toimialajohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 7.1.2018 7.2.2018

Tiedoksi Hakijat, yhteyshenkilö

Tiedoksianto
asianosaiselle

Tämä päätös on
[x] lähetetty tiedoksi mainituille

Tämä päätös on
[] annettu tiedoksi mainituille

Päiväys 29.1.2018

Tiedoksianto

Teriita Grönvall

Otto-oikeus

Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käylettä kuntalaisten mukaisista otto-oikeuksista.

Oikaisuvaatimusvanomainen

Rauman sosiaali- ja terveysvaliokunta, PL 283, 26101 Rauma

Päätökseen tyytymättömän voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen. Asianomaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon viimeistään (7) päivänä päätöksen postituspäivän jälkeen. Kunnan jäsenen, joka ei ole asianomainen, katsotaan saaneen tiedon silloin, kun pöytäkirja on esotettu yleisesti nähtäväksi. Oikaisuvaatimuksella on käytävä ilmi vaadittu perusteluineen ja se on teki-än allekirjoitettava. Vaatimuksen voi toimittaa oikaisuvaatimusvanomaisella postitse, henkilökohtaisesti tai liitetin välityksellä. Toimitustavasta riippumatta vaatimuksen on oltava oikaisuvaatimusvanomaisella ennen auktolajan päättymistä viimeistään neljäntenä (14) päivänä päätöksen tiedoksisaan- tonaivestä mainittua päivää lukuunottamatta.

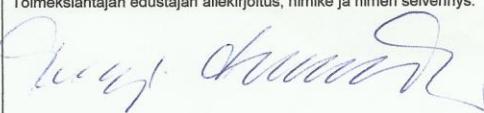


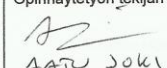
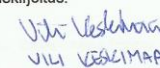



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

1 / 2

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Joki Aatu, Keskimaa Vili & Uusitalo Mikko	
Opiskelijanumero: 1500157, 1400247, 1300620	Aloitusryhmä: NHT15KP1
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Elina Lahtinen, elina.lahtinen@samk.fi, 044 710 3557, Satakunnankatu 23, 28130 Pori	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero, osoite ja y-tunnus: Rauman sosiaali- ja terveystoimiala, Marja Lehtimäki, marja.lehtimaki@rauma.fi, 02 835 11, Steniuksenkatu 2, 26100 Rauma, 0138780-9	
Opinnäytetyön nimi: Hoitotyön prosessin näkyminen krijaamisessa Rauman sosiaali- ja terveystoimialan osastoilla T1, T2 & T3	
Työn etenemisaikataulu: Tutkimusaineisto kerätään kevään 2018 aikana ja opinnäytetyö valmistuu toukokuussa 2018 Sopimus perustuu hyväksyttyyn tutkimus-/projektisuunnitelmaan.	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa. Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Olemme lukeneet sopimusehdot (sivu 2) ja hyväksymme ne.	
Päiväys: 16.1.2018	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:  Marja Lehtimäki ylihoitaja	
Osaamisalueen johtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:  Taina Sironen	
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:  Elina Lahtinen	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:  Aatu Joki  Vili Keskimaa  Mikko Uusitalo	

LIITE 4

Hoitotyön prosessin analyysirunko

	Kyllä	Ei
Hoidon tarve		
Hoidon tavoitteet		
Suunnitellut toiminnot		
Hoitotyön toiminnot ja toteutus		
Hoidon tulokset		
Hoitotyön yhteenveto		

(Iivanainen & Syväoja 2016, 15-18.)